This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

A propos de ce livre

Ceci est une copie numérique d'un ouvrage conservé depuis des générations dans les rayonnages d'une bibliothèque avant d'être numérisé avec précaution par Google dans le cadre d'un projet visant à permettre aux internautes de découvrir l'ensemble du patrimoine littéraire mondial en ligne.

Ce livre étant relativement ancien, il n'est plus protégé par la loi sur les droits d'auteur et appartient à présent au domaine public. L'expression "appartenir au domaine public" signifie que le livre en question n'a jamais été soumis aux droits d'auteur ou que ses droits légaux sont arrivés à expiration. Les conditions requises pour qu'un livre tombe dans le domaine public peuvent varier d'un pays à l'autre. Les livres libres de droit sont autant de liens avec le passé. Ils sont les témoins de la richesse de notre histoire, de notre patrimoine culturel et de la connaissance humaine et sont trop souvent difficilement accessibles au public.

Les notes de bas de page et autres annotations en marge du texte présentes dans le volume original sont reprises dans ce fichier, comme un souvenir du long chemin parcouru par l'ouvrage depuis la maison d'édition en passant par la bibliothèque pour finalement se retrouver entre vos mains.

Consignes d'utilisation

Google est fier de travailler en partenariat avec des bibliothèques à la numérisation des ouvrages appartenant au domaine public et de les rendre ainsi accessibles à tous. Ces livres sont en effet la propriété de tous et de toutes et nous sommes tout simplement les gardiens de ce patrimoine. Il s'agit toutefois d'un projet coûteux. Par conséquent et en vue de poursuivre la diffusion de ces ressources inépuisables, nous avons pris les dispositions nécessaires afin de prévenir les éventuels abus auxquels pourraient se livrer des sites marchands tiers, notamment en instaurant des contraintes techniques relatives aux requêtes automatisées.

Nous vous demandons également de:

+ *Ne pas utiliser les fichiers à des fins commerciales* Nous avons conçu le programme Google Recherche de Livres à l'usage des particuliers. Nous vous demandons donc d'utiliser uniquement ces fichiers à des fins personnelles. Ils ne sauraient en effet être employés dans un quelconque but commercial.

+ *Ne pas procéder à des requêtes automatisées* N'envoyez aucune requête automatisée quelle qu'elle soit au système Google. Si vous effectuez des recherches concernant les logiciels de traduction, la reconnaissance optique de caractères ou tout autre domaine nécessitant de disposer d'importantes quantités de texte, n'hésitez pas à nous contacter. Nous encourageons pour la réalisation de ce type de travaux l'utilisation des ouvrages et documents appartenant au domaine public et serions heureux de vous être utile.

+ *Ne pas supprimer l'attribution* Le filigrane Google contenu dans chaque fichier est indispensable pour informer les internautes de notre projet et leur permettre d'accéder à davantage de documents par l'intermédiaire du Programme Google Recherche de Livres. Ne le supprimez en aucun cas.

+ *Rester dans la légalité* Quelle que soit l'utilisation que vous comptez faire des fichiers, n'oubliez pas qu'il est de votre responsabilité de veiller à respecter la loi. Si un ouvrage appartient au domaine public américain, n'en déduisez pas pour autant qu'il en va de même dans les autres pays. La durée légale des droits d'auteur d'un livre varie d'un pays à l'autre. Nous ne sommes donc pas en mesure de répertorier les ouvrages dont l'utilisation est autorisée et ceux dont elle ne l'est pas. Ne croyez pas que le simple fait d'afficher un livre sur Google Recherche de Livres signifie que celui-ci peut être utilisé de quelque façon que ce soit dans le monde entier. La condamnation à laquelle vous vous exposeriez en cas de violation des droits d'auteur peut être sévère.

À propos du service Google Recherche de Livres

En favorisant la recherche et l'accès à un nombre croissant de livres disponibles dans de nombreuses langues, dont le français, Google souhaite contribuer à promouvoir la diversité culturelle grâce à Google Recherche de Livres. En effet, le Programme Google Recherche de Livres permet aux internautes de découvrir le patrimoine littéraire mondial, tout en aidant les auteurs et les éditeurs à élargir leur public. Vous pouvez effectuer des recherches en ligne dans le texte intégral de cet ouvrage à l'adresse `http://books.google.com`

LANE MEDICAL LIBRARY STAMFORD STOR
N33 .M452 1879
Mémoire sur les affections syphilitique
24503430915

MÉMOIRE

SUR LES

...TIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES

DES CENTRES NERVEUX

PAR

CHARLES MAURIAC

MÉDECIN A L'HÔPITAL DU MIDI
LAURÉAT DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC.

PARIS
G. MASSON, ÉDITEUR
LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1879

N33
M452
1879

LANE

EDICAL LIBRARY

EVI COOPER LANE FUND

MÉMOIRE

SUR LES

AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES

DES CENTRES NERVEUX

DU MÊME AUTEUR.

Essai sur les maladies du cœur : *De la mort subite dans l'insuffisance des valvules sigmoïdes de l'aorte.*

Étude sur les névralgies réflexes, symptomatiques de l'orchi-épididymite blennorrhagique. (Ouvrage couronné par l'Institut, prix Godard, année 1871.) — Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Leçons de Ch. West sur les maladies des femmes, traduites de l'anglais et considérablement annotées par le docteur CHARLES MAURIAC, médecin de l'hôpital du Midi. — 1870. Savy, libraire-éditeur, 24, rue Hautefeuille.

Recherches cliniques et expérimentales sur l'emploi du chloral dans les algies de nature vénérienne. — *Gazette des hôpitaux*, 1870-1871.

Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux. — 1872. Adrien Delahaye, libraire-éditeur, place de l'École de Médecine.

Mémoire sur le paraphimosis. — 1872. Adrien Delahaye.

Etude clinique sur l'influence curative de l'érysipèle dans la syphilis. — 1873. Adrien Delahaye.

Syphilis gommeuse précoce et réfractaire à l'iodure de potassium.— 1873. Adrien Delahaye.

De la balano-posthite gangréneuse symptomatique des chancres simples; août 1873. — *Progrès medical.*

Du traitement de la balano-posthite et du phimosis symptomatiques des chancres simples. — 1874. Librairie Octave Doin, place de l'Odéon.

Leçon sur la balano-posthite et le phimosis symptomatiques des chancres infectants. — 1874. Adrien Delahaye.

Du psoriasis de la langue et de la muqueuse buccale. — 1875. Adrien Delahaye. (Ouvrage couronné par l'Académie de médecine, 1876.)

Des synovites tendineuses symptomatiques de la syphilis et de la blennorrhagie. — 1875. Adrien Delahaye

Du traitement de la syphilis par les fumigations mercurielles. — 1875. Adrien Delahaye.

Des laryngopathies pendant les premières phases de la syphilis (en collaboration avec M. le docteur KRISHABER). — 1875.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871. Première leçon. — 1875. Adrien Delahaye.

Diminution des maladies vénériennes dans la ville de Paris depuis la guerre de 1870-1871. Deuxième leçon. — **Rareté actuelle chancre simple.** — 1875. Adrien Delahaye.

Des laryngopathies graves compliquées de plegmon péri-laryngi 1876.

Herpès névralgique des organes génitaux. — 1876. Adrien Delah

Localisations de la syphilose corticale du cerveau : Aphasie et h plégie droite syphilitiques à forme intermittente. — 1877. Masse braire-éditeur.

De la syphilose pharingo-nasale.

Myopathies syphilitiques.

Onanisme et excès vénériens. (*Nouv. Dict. de médecine et de c gie pratiques*, t. XXIV, p. 494-539).

Mémoire sur les ulcérations non virulentes des organes gé

Contribution à l'étude des amblyopies symptomatiques d philose cérébrale.

POUR PARAITRE PROCHAINEMENT.

Du bubon d'emblée.

MÉMOIRE

SUR LES

AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES

DES CENTRES NERVEUX

PAR

CHARLES MAURIAC

MÉDECIN A L'HÔPITAL DU MIDI

LAURÉAT DE L'INSTITUT ET DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE, ETC.

LANE MEDICAL LIBRARY
14925
SAN FRANCISCO

PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

BOULEVARD SAINT-GERMAIN, EN FACE DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE

1879

WW

LANE LIBRARY

Clichy. — Imprimerie Paul Dupont, 12 rue du Bac-d'Asnières. (1017.6.79.)

WI452
1879

MÉMOIRE

SUR LES

AFFECTIONS SYPHILITIQUES PRÉCOCES

DES CENTRES NERVEUX.

A une époque rapprochée du chancre infectant, et en même temps que se développent les manifestations cutanées et muqueuses propres aux premières poussées de la syphilis, il peut survenir des accidents qui se rattachent à une détermination de la maladie sur les principaux viscères de l'organisme. Je ne veux pas parler de ces troubles symptomatiques plus ou moins vagues, un peu disséminés partout, et presque toujours fugaces qui traduisent, sous des formes variées et multiples, la perturbation générale que fait subir à l'économie l'empoisonnement par le virus syphilitique. Il s'agit ici de phénomènes morbides localisés, fixes, plus ou moins durables, d'une signification précise, et qui sont, à n'en pas douter, l'expression d'un désordre organique dont il n'est pas toujours facile sans doute d'ex-

pliquer le processus, mais dont l'existence et la nature ne peuvent laisser aucune incertitude.

Et pourtant, si on s'en tenait à ce qui a été écrit et enseigné jusqu'à présent sur l'évolution de la syphilis, il semblerait étrange et même impossible qu'une détermination de cette maladie constitutionnelle se fixât sur les viscères à une phase aussi voisine de l'accident primitif. Les préjugés sur la chronologie et la topographie des accidents syphilitiques sont encore tellement enracinés dans les esprits, on est si fortement pénétré de l'immutabilité des prétendues lois qui les régissent, qu'on n'acceptera peut-être qu'avec répugnance l'idée d'une manifestation précoce de certaines syphilis viscérales.

Ces mots *syphilis viscérale* ne semblent-ils pas en effet évoquer tout un long passé pathologique, un enchaînement ininterrompu et fatal d'accidents qui se succèdent en allant de la périphérie au centre, des couches superficielles vers les parties les plus cachées et plus profondes de l'organisme, où ils trouvent enfin les viscères qui jusqu'alors leur avaient échappé? On songe moins à un commencement et à un milieu qu'à une fin, à la période ultime d'un processus qui s'épuise dans les organes les plus essentiels à la vie, après avoir attaqué tous les autres.

Dans mon travail sur *les Affections syphilitiques précoces du système osseux*, j'ai réagi contre cette manière de voir, et j'ai essayé de prouver cliniquement que l'infection de l'économie par le poison morbide était générale et simultanée dès le début de la maladie constitutionnelle; qu'aucun tissu, aucun organe, aucun système ne possédait, à telle ou telle phase du processus, l'espèce d'immunité que lui ont conférée des doctrines trop exclusives.

A l'appui de cette proposition, je vais rapporter aujour-

d'hui une nouvelle catégorie de faits que j'ai recueillis en poursuivant mes recherches dans le même sens. Ils ont trait aux *déterminations précoces de la syphilis sur les centres nerveux.*

Si leur précision et leur authenticité ne permettent pas de mettre en doute la date de leur apparition, et résolvent par conséquent la question de *précocité* qui constitue leur caractère dominant, on verra qu'il n'est pas aisé d'apprécier la nature de lésions qui échappent presque toujours à une exploration directe et physique. On n'a pour base de jugement qu'un complexus phénoménal assez difficile à débrouiller et dont l'interprétation est, à bien des points de vue, souvent embarrassante. Les autopsies qui pourraient nous éclairer sont rares.

Ces lésions précoces des centres nerveux ressemblent-elles à celles qui se développent sur les os vers la même époque? Sont-elles résolutives ou destructives? S'expriment-elles par un mode inflammatoire plus ou moins accusé, ou aboutissent-elles à la nécrobiose, comme la plupart des lésions syphilitiques qui surviennent tardivement, à une époque très-éloignée du début et pendant la phase constitutionnelle et cachectique de la maladie?

Ces questions sont très-importantes; je ne fais que les poser, et je me réserve de les discuter avec tout le soin qu'elles méritent, lorsque j'étudierai dans son ensemble la *syphilis cérébro-spinale.* Qu'il me suffise de dire, dès maintenant, que les individus atteints de cette grave manifestation de la syphilis ne guérissent presque jamais complétement. En faudrait-il conclure que les productions hyperplasiques ou gommeuses des centres nerveux ou des cavités qui les contiennent ont la même tendance désorganisatrice au début de la syphilis que dans ses périodes ultérieures? Non, car l'évolution phénoménale, surtout quand il s'agit d'organes

d'une structure aussi délicate que le cerveau et la moelle épinière, ne traduit pas en général d'une manière exacte le processus de la lésion organique.

Mais exposons d'abord les faits avant d'en tirer des conclusions.

PREMIÈRE PARTIE.

EXPOSITION DES FAITS.

Observation I.

Syphilose diffuse du cerveau.

Chancres infectants, roséole et accidents secondaires légers; traitement spécifique.

Au huitième mois de la contamination, début d'une encéphalopathie simulant une fièvre typhoïde ou une méningite tuberculeuse.

Plus tard, attaque apoplectiforme, troubles de l'intelligence, dépression des facultés cérébrales, embarras de la parole, vomissements.

Après deux mois de durée, guérison de l'encéphalopathie.

I

M. B..., marchand de vins, âgé de 36 ans, d'une bonne constitution, ne présentant dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise, n'ayant pas d'habitudes alcooliques, entra, le 7 décembre 1868, dans mon service, à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 21. En 1860, il avait eu un chancre simple non suivi d'accidents syphilitiques.

Dans les premiers jours de novembre 1868, coït suspect

après une continence de six mois. Au bout de trois jours, ulcérations sur la verge qui ne se compliquèrent pas de bubons suppurés et ne s'indurèrent que quelques jours après son entrée à l'hôpital. Ces indurations étaient multiples et larges comme des pièces de 2 francs. (Pilules de proto-iodure).

Le 1er février (3e mois de la contamination), il survint une roséole qui disparut au bout de quelques semaines. En mars, le malade éprouva de violentes douleurs musculaires, principalement dans le côté gauche. On ajouta au traitement hydrargyrique l'iodure de potassium qui fut porté à la dose de 2 grammes.

II

Malgré la bénignité des accidents cutanés et le traitement suivi avec soin dès le début de la maladie, il se produisit, en mai, une céphalalgie très-persistante et très-vive; ce fut le prodrome de l'encéphalopathie qui se déclara vers le commencement de juin. C'était alors le huitième mois de la contamination. Il n'existait aucun accident du côté de la pean ni des muqueuses. Depuis un mois, on avait suspendu le traitement hydrargyrique et donné 3 grammes d'iodure de potassium.

Tout à coup, et sans cause appréciable, le malade fut pris d'une fièvre assez vive, mais fugace et irrégulière, accompagnée de constipation, de nausées et de vomissements bilieux. Je cessai de donner l'iodure et fis prendre un purgatif, puis un vomitif. — Malgré la médication évacuante, l'état du malade ne s'améliora pas. La fièvre diminua, mais les phénomènes cérébraux tels que la stupeur, la somnolence et la céphalalgie frontale persistante devinrent plus prononcés. On aurait pu croire qu'il s'agissait

d'une fièvre typhoïde si, le 4 juillet, le malade n'avait été frappé d'une sorte d'attaque apoplectiforme. S'étant levé, il tomba tout à coup avec perte complète de connaissance. Il n'eut ni convulsions, ni écume à la bouche, ni paralysie localisée. Cette attaque fut suivie d'une somnolence qui dura 48 heures.

III

Les jours suivants l'état morbide cérébral s'accentua de plus en plus : stupeur typhoïde s'élevant quelquefois jusqu'à une dépression, une abolition presque complète de toutes les fonctions cérébrales ; affaiblissement musculaire généralisé ; céphalalgie occipito-frontale ; vomissements alimentaires. Plus de fièvre.

Le 13 juillet, je notai l'état suivant : Expression d'hébétude sur la physionomie, somnolence presque continuelle, sans crises d'agitation. Pouls, 76 à 80, régulier, dépressible. Aucune gêne de la circulation veineuse et capillaire. Rien d'anormal au cœur, ni dans les vaisseaux. Intégrité des fonctions respiratoires; peau fraîche ne présentant aucune trace d'éruption. L'adénopathie cervicale, qui avait été très-accentuée, avait beaucoup diminué.

Troubles du système nerveux.— Par moments, fixité du regard et déviation des yeux, mais la vision reste parfaite, quelle que soit la direction des globes oculaires. Les pupilles, un peu rétrécies, se meuvent avec lenteur. Depuis plus d'un mois, céphalalgie persistante avec un paroxysme qui se produit d'habitude vers 8 heures du soir, dure toute la nuit et cesse le matin, vers 7 heures. La douleur siége principalement au niveau de la ligne courbe supérieure de l'occipital, des deux côtés de la ligne médiane, vers le point d'émergence du nerf occipital, et remonte jusqu'aux régions pariétales latérales. Il existe aussi des

fixer douloureux sur chaque tempe avec irradiations temporo-pariétales. La douleur est constrictive plutôt que lancinante, continue quoique avec des redoublements. — Insomnie.

Torpeur intellectuelle depuis un mois, avec difficulté de la parole s'élevant quelquefois jusqu'à une absence presque complète d'expression et de perception. Mémoire très-affaiblie.

Aucune trace de paralysie faciale. Masses musculaires également amaigries par tout le corps. Faiblesse musculaire généralisée, sans paralysie partielle, ni tremblements, ni contracture. Se lève seul, mais titube et chancelle comme un homme ivre. Toutes les sensibilités sont parfaites sur toutes les parties du corps. La langue est humide, n'est pas déviée et ne tremble pas. Déglutition très-facile.

Ces phénomènes cérébraux, qui durent depuis un mois environ, ont augmenté progressivement.

IV

Il existait aussi des troubles du côté du tube digestif. Ainsi les vomissements qui avaient signalé le début de l'encéphalopathie, vers le 7 juin, n'avaient pas cessé depuis. Ils survenaient quelques minutes après l'ingestion des aliments, sans être précédés de nausées; ils contenaient peu de bile. — Le ventre était fort déprimé; il y avait de la constipation et de l'inappétence. Le foie et la rate conservaient leurs dimensions normales, il n'existait ni sucre ni albumine dans les urines.

Dès la chute de la fièvre, j'avais fait reprendre au malade 2 ou 3 grammes d'iodure de potassium.

Le 23 juillet (43e jour environ de l'encéphalopathie), on constata une amélioration manifeste. Les vomissements

continuaient, mais le malade avait repris des forces et il commença à descendre dans le jardin.

Le 29 juillet, appétit considérable, malgré les vomissements. Pas de nouvelle attaque, moins de stupeur, céphalalgie moindre. Marche mieux, mais éprouve encore beaucoup de difficulté à monter et à descendre les escaliers à cause de la faiblesse des cuisses et des jambes ; accidents vertigineux pendant la marche. La mémoire revient. Contraction des pupilles normale ; plus d'embarras de la parole, compréhension plus facile. Le malade cause, se promène et présente les allures d'une convalescence franche. Peu à peu sa santé se rétablit à peu près complétement, et quand il sortit, le 10 août 1869 (63e jour de l'encéphalopathie), il ne lui restait plus que quelques étourdissements. Je ne l'ai pas revu depuis.

V

Parmi les cas d'encéphalopathies syphilitiques précoces que j'ai observés, je crois que celui qu'on vient de lire est le seul où la guérison ait été presque complète. Encore n'oserai-je pas affirmer que cette première attaque n'a pas été suivie d'autres plus graves et qui ont laissé à leur suite, comme il arrive souvent, des traces ineffaçables. Quoi qu'il en soit, il est bien évident que la syphilis seule est responsable des accidents singuliers qui se sont manifestés du côté du cerveau, vers le 7e mois du chancre, c'est-à-dire à une époque où il est tout à fait insolite de la voir apparaître. Remarquez combien le diagnostic de la cause prochaine eût été difficile si on n'avait suivi pour ainsi dire jour par jour la filiation des accidents. On aurait eu toute raison de supposer, au début, qu'il s'agissait d'une

fièvre typhoïde ; puis, après la chute de la fièvre, d'une méningite tuberculeuse.

C'est en effet avec la méningite tuberculeuse que cette syphilose diffuse du cerveau présente la plus grande analogie. Même ensemble phénoménal de part et d'autre. La marche seule diffère. Au lieu de l'aggravation continue qui aboutit fatalement à la mort dans la tuberculisation des méninges, nous avons eu ici, vers le 40e jour de la maladie, une amélioration qui ne s'est pas démentie et qui a été suivie d'une convalescence franche et de la disparition de tous les accidents.

La diffusion des phénomènes et leur superficialité me paraissent constituer les traits les plus marquants de cette affection syphilitique de l'encéphale. Il n'a existé qu'un affaiblissement général de tout le système musculaire, qui ne s'est jamais localisé dans un groupe de muscles déterminé, sauf peut-être dans quelques-uns des moteurs de l'œil, ce qui a pu donner lieu au strabisme.

Mais ne pourrait-on pas attribuer aussi bien la déviation des yeux à la contracture qu'à la paralysie des muscles moteurs? Je ne le pense pas. Il n'y a eu, en effet, à aucune phase de la maladie, même pendant ces attaques apoplectiformes qui ressemblaient tant à de l'épilepsie symptomatique, aucune apparence de convulsion ou de contracture dans les muscles des membres, du tronc et de la face.

Parmi les symptômes qui méritent d'être mentionnés, il en est plusieurs qu'on rencontre dans presque tous les cas de syphilis cérébrale ; tels sont la céphalalgie et l'insomnie. La céphalalgie surtout en est le prodrome le plus constant. Quant à l'insomnie on la voit persister souvent et alors même que tous les autres phénomènes se sont atténués ou ont disparu ; elle alterne souvent avec la somnolence, sur-

tout quand les lésions, comme c'est ici le cas, se sont disséminées sur une grande étendue de la masse cérébrale ou de ses annexes.

Dans les encéphalopathies syphilitiques, on observe parfois des anomalies psychiques étranges qui simulent si bien certaines variétés de folie qu'on les a décrites sous ce nom. Ici il n'y a point eu déviation ni exaltation ou perversion des phénomènes intellectuels et moraux; ils ont subi seulement, comme le système musculaire, une sorte d'affaissement qui rend compte de la lenteur des perceptions, de la faiblesse de la mémoire et sans doute aussi de l'embarras de la parole. L'aphasie n'a été que momentanée; et, comme elle coïncidait avec la dépression de toutes les autres fonctions cérébrales, il est peu probable qu'elle correspondît à des lésions spécialement localisées dans certaines régions du cerveau.

VI

Parmi les phénomènes sympathiques ou réflexes développés par cette syphilose diffuse du cerveau, les vomissements ont été le plus remarquable et le plus persistant. C'est un nouveau trait de ressemblance avec la méningite tuberculeuse. Ajoutez-y l'affaissement du ventre et la constipation.

La circulation a été calme, excepté au début qui a été marqué, comme celui de certaines fièvres typhoïdes, par des accès de fièvre irrégulièrement intermittents. Contrairement à ce qu'on observe dans presque tous les cas de tuberculisation des méninges, on n'a point constaté ici ces perturbations du pouls et de la circulation capillaire qui se traduisent par l'irrégularité, la faiblesse, l'intermittence,

des diastoles artérielles, les rougeurs subites et les taches congestives provoquées qu'on nomme méningitiques.

VII

D'après l'analyse de tous ces symptômes directs ou réflexes, quelles conjectures est-il permis de faire sur la lésion qui les a produits ?

1° *Au point de vue du siége.* — Il est à peu près certain, à cause de l'absence de toute localisation, que le désordre organique avait envahi d'emblée une grande partie de la masse encéphalique et qu'elle en occupait les parties les plus superficielles, probablement les enveloppes. Cette hypothèse est corroborée par la ressemblance frappante qui existe entre la formule symptomatique de cette syphilose diffuse du cerveau, et celle de la méningite chronique.

2° *Au point de vue de la nature.* — Il est extrêmement probable que cette lésion, bien que syphilitique, a procédé suivant le mode inflammatoire commun qu'on observe assez souvent dans les premières phases de la maladie; et, si le malade avait succombé et qu'on eût ouvert le crâne, on n'aurait trouvé sans doute que les lésions ordinaires d'une méningite chronique simple, sans aucun produit morbide capable de révéler soit par la nature, soit par le groupement de ses parties constituantes, l'origine syphilitique de l'affection.

3° *Au point de vue de la marche.* —Ce qui prouverait bien encore qu'il en était ainsi, c'est la facilité avec laquelle la résolution s'est faite. L'hyperplasie méningitique, si elle n'avait pas été superficielle et pour ainsi dire purement congestive, aurait duré plus longtemps et lésé d'une ma-

nière plus profonde et moins fugace les fonctions cérébrales.

VIII

La question du traitement présente ici quelque intérêt. On ne manquera pas d'attribuer la guérison à l'iodure de potassium, bien qu'il n'ait été administré que tard et à des doses modérées. Sans contester son action curative, je crois que cette syphilose cérébrale aurait disparu spontanément, ou sous l'influence de la médication rationnelle qu'il est d'usage d'employer dans les affections méningitiques quelque soit leur substratum constitutionnel. Je l'ai vu si souvent échouer dans d'autres encéphalopathies syphilitiques, que je n'ai pas en lui cette foi robuste, cette confiance absolue suivies de si amères déceptions. Il y a beaucoup à dire sur ce sujet et j'y reviendrai. Qu'il me suffise pour le moment d'affirmer que son efficacité préventive est tout à fait nulle. Ainsi le traitement hydrargyrique et ioduré, institué presque dès l'apparition du chancre infectant, poursuivi avec persévérance et suivant les différentes indications qui se sont présentées pendant le cours des accidents cutanés, ce traitement secondé par le régime de l'hôpital, n'a pu empêcher l'explosion de la syphilose cérébrale. On verra plus tard que dans beaucoup d'autres cas il en a été de même.

Les fonctions plastiques avaient été assez vivement touchées par la syphilis chez ce malade. Ainsi, lors de son entrée, il pesait 160 livres; le 13 juillet il était descendu 113. Quand il sortit, le 20 août, il avait regagné 7 livres.

Observation II.

Aphasie syphilitique et hémiplégie droite.

Chancre infectant survenu après un mois d'incubation.

Au deuxième mois du chancre, syphilide papuleuse.

Au bout de quatre mois, à partir du début du chancre, prodromes cérébraux suivis d'une attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite incomplète, localisée dans les muscles de la face et dans ceux de l'avant-bras.

Traitement spécifique. — Diminution progressive des accidents.

Au bout de huit mois, persistance de presque tous les phénomènes morbides.

Incurabilité de l'affection. Quatre ans après le début de la syphilis, aphasie et paralysie incomplètes ne subissant que de légères alternatives de mieux et de plus mal.

I

M. C... (Hippolyte), âgé de 36 ans, marchand ambulant, entré le 9 juillet 1870, à l'hôpital du Midi, dans mon service, salle 7, n° 13, avait toujours joui d'une bonne santé et ne présentait dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle, héréditaire ou acquise. Il se grisait une ou deux fois par mois avec du vin rouge. Écoulement très-léger à l'âge de 20 ans.

Dans la 2e semaine de janvier 1870, il eut commerce avec une coureuse d'hôtel garni, dans le quartier Montmartre. — Un mois après, apparition d'un chancre infectant dans la rainure balano-préputiale. Il entra dans le service de M. Simonet, où on lui fit prendre du sirop de bi-iodure ioduré.

Vers le mois de mai, la peau se couvrit d'une éruption papuleuse.

A la fin du mois de juin (quatre mois juste après l'apparition du chancre infectant), le malade commença à ressentir des douleurs de tête extrêmement violentes, surtout pendant la nuit. Puis il éprouva pendant huit jours environ une sorte d'engourdissement dans le bras droit et dans le côté correspondant de la figure.

Les symptômes cérébraux avaient une signification si précise et si peu trompeuse qu'il était impossible de douter qu'une détermination syphilitique se fût produite sur l'encéphale. — Cette phase prodromique, pendant laquelle on n'observe habituellement que de la céphalalgie et quelques accidents vertigineux, a présenté dans le cas actuel comme une ébauche des phénomènes paralytiques qui devaient s'accentuer plus tard d'une manière beaucoup plus prononcée. Cette première phase de l'encéphalopathie syphilitique, quoique lente et progressive, s'est terminée brusquement, et sans cause appréciable, par une sorte d'apoplexie.

II

Tel était en effet l'état des choses, lorsque dans la nuit du 2 au 3 juillet 1870 (4 mois 1/2 après le chancre), il eut une attaque sans perte de connaissance, et dont il fut inconscient. Seulement, le matin au réveil, il ne pouvait plus parler, ou il bégayait tellement qu'il était impossible de le comprendre, et en même temps il était paralysé du bras droit. — La mémoire était un peu affaiblie ; les facultés intellectuelles étaient conservées ; la figure n'était pas notablement déviée, et l'état général avait été si peu éprouvé par cette attaque, que le malade ne fut pas obligé de s'ali-

ter. — Le membre inférieur droit n'avait pas été atteint.

Peu à peu les accidents de paralysie du bras droit diminuèrent ; mais l'embarras de la parole persista. — Au moment de son entrée dans mon service, ce malade n'avait suivi aucun traitement depuis les 500 grammes de bi-iodure ioduré que lui avait fait prendre M. Simonet.

Voici quel était son état vers le milieu de juillet 187 (5e mois de la syphilis, 15e jour de l'attaque d'aphasie) :

Empâtement dur au niveau du chancre, adénopathie cervicale et inguinale. — Syphilis papuleuse disséminée sur le tronc, confluente sur le bras droit et sur la jambe gauche. — Quelques papules sur la face. Rien du côté des muqueuses.

La sensibilité et le mouvement paraissent intacts sur le côté droit de la face, et la gêne qu'y ressentait le malade n'a duré que très-peu de temps. A peine observe-t-on un peu de déviation des traits à gauche dans certains jeux de la physionomie.

La sensibilité cutanée et la contractilité musculaire sont parfaitement conservées dans toutes les parties du corps, excepté dans le bras droit qui présente les lésions suivantes :

Les mouvements de totalité du membre autour de l'épaule s'exécutent bien ; ceux de l'avant-bras sur le bras ont aussi conservé à peu près toute leur énergie.

Il n'en est pas de même des muscles de l'avant-bras ; ils sont le siége d'une paralysie prononcée, sans atrophie, qui se traduit par l'impossibilité : 1° de serrer un objet quelconque ; 2° d'étendre les doigts, qui sont dans la demi-flexion. Il y a donc paralysie tout à la fois des extenseurs et des fléchisseurs des doigts, dont le jeu est presque nul.

Les lésions de la sensibilité, beaucoup moindres que

celles de la motilité, présentent à peu près la même distribution qu'elles. Ainsi la sensibilité est conservée sur le bras ; sur l'avant-bras et sur les doigts, elle est très-diminuée.

Les maux de tête ont complétement disparu trois ou quatre jours après l'attaque, et ne se sont pas reproduits. L'insomnie qui avait débuté avec la céphalée a été plus longue à disparaître. Cependant le sommeil est revenu depuis deux ou trois jours. — Les idées sont nettes et les souvenirs semblent précis.

Le phénomène qui est le plus accusé, celui qui a le moins diminué, c'est l'aphasie : embarras, hésitation de la parole, bégaiement très-prononcé, surtout lorsque le malade veut parler vite. Il affirme que sa langue se meut très-bien, mais qu'il n'en est pas maître, tandis qu'il l'est très-bien de ses idées qu'il ne peut pas exprimer. — Aucun trouble du côté des organes des sens, ni des autres appareils.

Je fis prendre au malade beaucoup d'iodure de potassium, et son état s'améliora, mais progressivement ; il était loin d'être guéri lorsqu'il sortit de mon service le 23 août 1870.

III

Il revint me voir le 14 novembre 1870 (9e mois de la syphilis, 4e mois 1/2 de l'encéphalopathie). Quoiqu'il eût continué à prendre de l'iodure de potassium, son état était resté à peu près stationnaire. Mémoire conservée. Alternative de force et de faiblesse dans le bras droit qui semble froid et engourdi, surtout le matin. La force revient quand le malade plonge sa main droite dans l'eau froide. Il bégaie toujours beaucoup, surtout depuis 10 jours, sans qu'il soit survenu cependant rien qui ressemble à une

nouvelle attaque. L'état général est ce qu'il a toujours été depuis son début.

Le 26 mars 1873 (3 ans et 9 mois à partir du début de la syphilis, 3 ans et 5 mois après le début des accidents cérébraux), le malade vient me consulter, et je constate que son état ne s'est pas amélioré. Il bégaie toujours, la sensibilité est un peu obtuse dans le côté droit du corps. Il se mutile de la main droite, et ne peut s'en servir soit pour se débarbouiller, soit pour nouer les cordons de ses souliers. La raideur est surtout prononcée dans le doigt indicateur. Les facultés intellectuelles paraissent affaiblies. Le sens génital est intact.

IV

J'ai revu une ou deux fois le malade depuis le 23 mars 1873, et son état m'a toujours paru le même. Il est évident qu'il ne guérira pas. Il s'est produit sans doute du côté de l'encéphale quelque désordre irrémédiable. Quant au processus syphilitique, je crois qu'il est arrêté. Du moins il n'est survenu depuis l'attaque du mois de juillet 1870 aucun raptus congestif violent, ou aucune aggravation progressive indiquant une persistance dans l'activité du foyer morbide.

L'aphasie a constitué le phénomène capital. C'est toujours elle qui domine parmi ceux qui existent encore. — A vrai dire, si tous se sont atténués, aucun n'a disparu complétement.

Parmi les circonstances les plus remarquables de la forme symptomatique propre à cette encéphalopathie syphilitique et à presque toutes les autres, il faut signaler : 1° l'état incomplet de la paralysie ; 2° sa distribution sur certains groupes de muscles et même sur certains muscles

isolés. Il est rare en effet d'observer dans les paralysies syphilitiques cet anéantissement absolu de la faculté motrice qui est la règle dans la plupart des hémiplégies. C'est à peine, par exemple, si les muscles de la face du côté droit étaient atteints. On ne s'apercevait de leur fonctionnement imparfait que dans les grands mouvements qui nécessitent une contraction violente et complète. — Quant au membre supérieur droit, la paralysie n'avait atteint que les muscles extenseurs et fléchisseurs des doigts. La sensibilité cutanée était beaucoup moins compromise que la motilité. C'est la règle dans toutes les encéphalopathies syphilitiques.

En ne tenant compte que des troubles fonctionnels, on aurait donc pu diagnostiquer l'origine de la lésion cérébrale. Sa coïncidence avec des manifestations syphilitiques cutanées, son apparition peu de temps après l'accident primitif dont l'induration n'avait pas encore disparu, l'absence de toute autre cause, étaient autant de circonstances qui élargissaient et rendaient plus solide la base du diagnostic.

Mais si le doute ne peut être permis sur l'origine de la lésion cérébrale, quelle obscurité sur le reste, par exemple sur la nature et la topographie du processus ! S'est-il effectué primitivement ou consécutivement dans le cerveau ? Provenait-il des méninges ou de la boîte crânienne? Consistait-il en une tumeur circonscrite ou en une hyperplasie diffuse quoique limitée à certaines régions de l'hémisphère droit? Où siégeait-il? — Du côté gauche ; c'est tout ce que l'on peut affirmer.

Une localisation plus précise serait hypothétique. Tout au plus peut-on supposer que quelques circonvolutions du lobe antérieur gauche étaient particulièrement atteintes, que là se trouvait le foyer principal, et qu'il poussait quelques

irradiations à travers la masse cérébrale en suivant le trajet des vaisseaux, de façon à atteindre les cellules ou les tubes nerveux qui président à la contractilité des muscles de la face et de l'avant-bras du côté droit. Mais où sont ces cellules et ces tubes, et comment ces irradiations ont-elles pu épargner les portions du cerveau où s'élabore la contractilité des muscles du bras correspondant, qui doivent être extrêmement voisines des premières? Il faut confesser notre ignorance sur tous ces points, et il est probable qu'elle ne sera pas de longtemps dissipée puisque, la mort étant exceptionnelle dans ces sortes d'encéphalopathies, le cerveau ne peut être examiné.

V

Le pronostic de ces lésions est toujours très-grave. Si elles ne compromettent pas habituellement l'existence, elles donnent lieu à des infirmités incurables, contre lesquelles toutes les médications spécifiques ou rationnelles sont impuissantes.

L'iodure de potassium, que j'avais administré dès le début à dose élevée, n'a pas produit une amélioration assez décidée et assez rapide pour qu'on doive lui faire honneur de l'amendement progressif que la marche naturelle de l'affection aurait peut-être déterminé à elle seule. — Il arrive un moment où l'état du malade reste stationnaire. Vous aurez beau continuer l'usage du sel seul, ou le combiner avec l'hydrargyre, suspendre les deux médicaments, puis y revenir, les manier de toutes les façons qu'il vous plaira d'imaginer, vous n'aboutirez à aucun résultat. Et si vous constatiez une légère amélioration, ne vous y fiez pas. Les symptômes des encéphalopathies présentent, alors même que le foyer du mal est éteint, des alternatives de mieux et de plus mal dont on ne peut s'expliquer la cause,

mais qui sont certainement, ainsi que j'ai pu m'en convaincre bien des fois, indépendantes de la médication spécifique.

Il y a actuellement quatre années que le malade a la syphilis. Depuis l'attaque d'encéphalopathie il ne lui est survenu, dans aucune partie du corps, une manifestation syphilitique quelconque.

Observation III.

Syphilose unilatérale et circonscrite de la base du crâne du côté droit.

Chancre infectant après un mois d'incubation. — Accidents secondaires légers.

Au quatrième mois du chancre, hémiplégie et névralgie faciales droites. — Diplopie. — Hémiplégie du voile du palais.

Névralgie cervico-occipitale.

Guérison.

I

Dans l'observation suivante, les accidents nerveux, qui dépendaient évidemment d'une lésion matérielle de la base du cerveau ou du crâne, ont été très-précoces, puisqu'ils sont survenus au quatrième mois de l'intoxication syphilitique, en même temps que les manifestations cutanées et muqueuses de la première poussée. Chose remarquable, il n'y a pas eu de prodromes. L'attaque a été aussi brusque qu'inattendue. La forme névralgique de l'affection a pris d'emblée des proportions insolites qu'il est rare de rencontrer au même degré dans les lésions de la masse encéphalique. La paralysie n'affectait que le groupe des

muscles placés sous la dépendance du nerf facial. Quelques moteurs de l'œil ont été aussi atteints, mais beaucoup moins. Les fonctions cérébrales proprement dites sont restées intactes.

M. Félix B...., âgé de 45 ans, menuisier, entré dans mon service à l'hôpital du Midi, le 12 mai 1869, salle 6, n° 12, jouissait habituellement d'une bonne santé, et n'avait jamais eu aucune maladie vénérienne, lorsqu'il s'aperçut, le 1er janvier 1869, de l'existence d'un chancre situé sur le gland, et survenu un mois après le dernier coït. Le chancre, qu'on traita à la consultation de l'hôpital, fut compliqué de balanite et de phimosis. On donna dès le début des pilules de protoiodure.

Ce malade est vigoureusement constitué et d'un tempérament sanguin. Je ne découvre dans ses antécédents aucune trace de maladie constitutionnelle. C'est sans cause externe appréciable et sans autre cause interne que la maladie syphilitique dont il est atteint, qu'il fut pris subitement, dans la nuit du 28 avril (cinquième mois de la contamination, quatrième de l'apparition du chancre), de douleurs excessivement vives partant de l'oreille droite et rayonnant dans tout le côté correspondant de la face et du cou. En se réveillant, il s'aperçut qu'il avait une déviation complète des traits à gauche ; il lui était en outre impossible de fermer les paupières de l'œil droit. Aucun prodrome local ou général n'avait annoncé l'invasion de ces accidents douloureux et paralytiques qui atteignirent du premier coup leur summum d'intensité. Ils diminuèrent un peu dans les huit premiers jours ; ils sont restés stationnaires depuis.

Les douleurs névralgiques, constituées par une souffrance continue sur laquelle se détachent des élancements paroxystiques, n'ont pas cessé depuis le début et ont toujours

présenté la même étendue et la même intensité. Le malade est soumis à un traitement mixte ; il prend tous les jours 0,06 c. de proto-iodure et 1 gr. d'iodure de potassium.

II

Le 30 mai (sixième mois de la contamination, cinquième de l'apparition du chancre, premier de l'hémiplégie), je constatai l'état suivant : induration diffuse du sillon balano-préputial à droite ; adénopathie inguinale peu développée et égale des deux côtés ; roséole érythémateuse au déclin, très-peu accusée sur le tronc ; ganglions cervicaux un peu indurés ; croûtes dans les cheveux. Plaques muqueuses ulcérées sur l'amygdale droite ; plaques opalines sur la gauche. Pas de douleurs dans les membres.

Névralgie faciale. — Le malade éprouve une douleur continue, un engourdissement vague répandu dans le côté droit de la joue et du crâne et des irradiations douloureuses partant de la tempe, immédiatement au-dessus de l'oreille et rayonnant en éventail depuis la nuque jusqu'à l'œil. Ces élancements se reproduisent peut-être 100 fois dans les 24 heures, à des intervalles assez réguliers. La nuit, et surtout lorsque la chaleur du lit se fait sentir, les élancements deviennent beaucoup plus violents et causent de l'insomnie. Pas d'étourdissements ni d'éblouissements ; pas de convulsions dans les muscles de la face. Iris normalement contractiles ; sensibilité à la pression de la peau de tout le côté droit. — Points douloureux : *temporal*, à 2 centimètres en avant et au-dessus de l'œil ; *pariétal*, à 3 travers de doigt de la ligne médiane ; *sous-orbitaire* et *post-auriculaire*. Pas de rougeur de la conjonctive ; sensibilité au contact du froid égale des deux côtés. Aucun phénomène de sensibilité anormale du

côté des lèvres, de la langue, de la muqueuse nasale.

Hémiplégie faciale. — Hémiplégie du voile du palais très-nettement accusée à droite, avec déviation à gauche de la luette à l'état de repos, et sa traction du même côté dans les mouvements qui mettent en évidence l'inertie complète de tous les muscles de la moitié droite du voile du palais. Rien d'anormal dans les mouvements de la langue. Paralysie complète des lèvres et de la joue droites; paralysie incomplète de l'orbiculaire des paupières. Vue trouble en regardant en bas, en dehors et à droite.

La médication spécifique n'a produit jusqu'ici aucune amélioration. Etat stationnaire. Aucun signe de périostose péricrânienne circonscrite ou diffuse. (2 gr. iodure de potassium, 0,06 c. de prot. d'hydr.)

Le 27 juin, comme les douleurs névralgiques nocturnes ne diminuaient pas, je prescrivis les pilules de Méglin, à prendre dans l'après-midi.

Le 4 juin, les douleurs lancinantes avaient, au dire du malade, diminué de moitié; mais les douleurs sourdes et continues n'avaient pas changé. Depuis hier, le nerf sous-occipital, du côté gauche, est le siége de douleurs lancinantes qui, partant de la nuque, aboutissent jusqu'à une ligne transversale unissant les deux oreilles, et ne se propagent ni dans le front ni dans la tempe.

Les troubles de la motilité sont moindres ; déviation moins considérable des traits. Le malade peut surtout mieux ramener les aliments sous les dents et ne laisse plus échapper l'air par les lèvres. Sommeil meilleur.

Les ulcérations des amygdales se cicatrisent. Il n'existe aucune lésion de la sensibilité et de la motilité dans les autres parties du corps.

III

Le 2 juin (trente-neuvième jour de l'hémiplégie), le nerf sous-occipital du côté droit est devenu douloureux ; maintenant les irradiations partent en arrière des deux côtés de la nuque et s'élèvent vers la partie supérieure du crâne jusqu'à la ligne transversale bi-auriculaire ; elles sont exaspérées par la pression au-dessous de la ligne courbe occipitale supérieure et sur la partie postérieure des pariétaux, de chaque côté de la ligne médiane. La névralgie temporale a diminué ; plus d'accès nocturnes. — Déviation des traits moins prononcée. Vision trouble seulement quand le malade regarde avec les deux yeux en bas, à droite et en dehors. Ce phénomène ne se produit pas quand c'est l'un des deux yeux seul qui regarde, que ce soit le droit ou le gauche. (On supprime les pilules de Méglin.— Même traitement.)

Le 11 juin (quarante-troisième jour de l'hémiplégie), le mieux continuait. Le 12, vers 8 heures du soir, les douleurs occipito-pariétales sont revenues avec une grande intensité. Les irradiations parties de la nuque aboutissent toujours à deux points pariétaux symétriquement situés de chaque côté de la ligne médiane. La pression sur ces points augmente la douleur ; mais c'est surtout la chaleur du lit qui produit cet effet. Le malade se soulage en faisant des ablutions sur la tête avec de l'eau froide. — Déviation encore très-notable des traits. Les mouvements de l'orbiculaire droit sont revenus ; ils sont moins vifs que ceux du côté gauche.

Les ulcérations de la gorge sont cicatrisées. Encore un peu de déviation de la luette. Santé générale excellente. (Même traitement.)

Dans les derniers jours de juin, il survint des alterna-

tives de mieux et de plus mal dans la névralgie cervico-occipitale et un mieux continu dans l'hémiplégie et la névralgie temporale du côté droit.

IV

Le 29 juin (septième mois de la contamination, sixième de l'apparition du chancre, deuxième de l'hémiplégie), les traits étaient encore déviés; mais les paupières de l'œil droit se rapprochaient facilement et la mastication n'était plus gênée. Comme le trouble de la vision ci-dessus mentionné persistait toujours, je priai M. le docteur Galezowski de vouloir bien examiner les yeux. Cet habile ophtalmologiste ne découvrit rien dans les milieux de l'œil; mais en faisant regarder par les deux yeux, simultanément et à travers un verre coloré, la flamme d'une bougie placée en bas, en dehors et à droite, l'image parut double et superposée au malade. C'était un léger degré de diplopie ne se décelant que quand un verre coloré atténuait l'intensité des rayons lumineux. La vue était toujours nette avec un œil et trouble avec les deux yeux quand ils regardaient en bas, en dehors et à droite.

Le malade sortit de mon service le 6 juillet. L'hémiplégie faciale n'était pas complétement guérie. — Mêmes troubles de la vision. Persistance de douleurs qui, partant de la ligne courbe occipitale supérieure, se dirigent obliquement en avant et en haut, et vont rejoindre d'autres douleurs paroxystiques temporo-pariétales bilatérales. Elles sont toujours nocturnes. L'accès dure habituellement de minuit à une heure. Il y a quelquefois deux accès par nuit. L'état général est excellent. — Toutes les manifestations syphilitiques cutanées et muqueuses ont disparu.

Je n'ai pas revu ce malade.

V

Ici, comme dans les deux observations précédentes, les accidents nerveux sont survenus au début d'une syphilis dont les manifestations cutanées et muqueuses d'une nature très-bénigne autorisaient un pronostic favorable. Ils n'ont pas eu sans doute autant de gravité, puisque le cerveau a été respecté et que quelques nerfs seulement de la base ont été atteints. Néanmoins, l'affection nerveuse a été très-douloureuse ; la paralysie faciale a duré plus de deux mois, et elle n'était pas entièrement guérie lorsque le malade est sorti.

Essayons de nous rendre compte de la lésion d'après l'analyse des symptômes. — Tous les muscles animés par le facial ont été paralysés. C'est donc ce nerf qui a été atteint, et il faut qu'il l'ait été à son origine même, car la moitié droite du voile du palais était, comme les muscles de la face, frappée de paralysie. Les déviations de la luette, conséquence de la paralysie du palato-staphylin, ne se produisent en effet, ainsi que l'a établi le professeur Longet, que lorsque la cause paralysante porte sur l'origine du nerf facial ou sur le trajet qu'il parcourt, jusqu'à l'hiatus de Fallope.

On observe quelquefois, rarement il est vrai, des paralysies faciales qui tiennent, non plus à une lésion du nerf, mais à quelque affection cérébrale, surtout à une hémorrhagie ou à un ramollissement. En pareil cas la paralysie n'est presque jamais rigoureusement limitée à la face, elle envahit à un plus ou moins haut degré quelque autre partie du corps; il existe de l'obtusion des facultés intellectuelles, de l'affaiblissement de la mémoire, de l'embarras dans la parole, etc. Enfin on découvre un ensemble de phénomènes

cérébraux, parfois très-légers sans doute, mais d'une valeur diagnostique très-grande. D'ailleurs, dans l'hémiplégie faciale de cause cérébrale, il est fort rare que la contractilité de l'orbiculaire des paupières soit compromise.

VI

On peut donc affirmer que chez notre malade il existait une lésion siégeant sur le trajet de la portion intracrânienne de la septième paire. Mais était-elle limitée à ce point seul? Non, attendu qu'il existait, outre l'hémiplégie faciale, une paralysie de quelques-uns des moteurs de l'œil droit. Il y avait aussi des accidents névralgiques disséminés sur une grande étendue de la moitié droite du crâne.

La diplopie ne se produisant que lorsque le malade regardait en bas, à droite et en dehors, il en faut conclure que le parallélisme des axes visuels ne pouvait se maintenir pendant cette action combinée des deux yeux, qui exige d'une part la contraction du muscle petit oblique de l'œil gauche, et d'autre part la contraction du muscle grand oblique de l'œil droit. Or, comme le petit oblique est animé par une branche du moteur oculaire, et qu'il n'existait à gauche aucune trace de la paralysie de ce muscle, on doit en induire que la diplopie résultait de la paralysie du muscle grand oblique du côté droit. — Ce muscle est animé par un nerf spécial, le nerf pathétique ou nerf de la 4e paire, qui lui est exclusivement destiné. Il prend naissance vers le sommet de la valvule de Vieussens, contourne la protubérance, passe au-dessous des pédoncules cérébraux et s'engage dans l'épaisseur de la paroi externe du sinus caverneux, au-dessus de l'ophthalmique, en dehors du moteur oculaire externe.

Il se trouve donc assez éloigné de la portion intracrânienne du facial, tandis qu'il affecte des rapports très-étroits avec

le nerf de la cinquième paire, et principalement avec sa branche ophthalmique. Or, comme les névralgies temporo-pariétales et occipitales qui sont survenues en même temps que la paralysie, et ont persisté aussi longtemps qu'elle, ne peuvent être attribuées qu'à une lésion du trijumeau qui distribue la sensibilité à toute la face et à une grande partie du crâne, il est permis de supposer qu'un second foyer morbide s'était développé au voisinage de l'origine de la cinquième paire, ou un peu plus loin du côté du sinus caverneux, englobant simultanément et le nerf pathétique et la branche ophthalmique du trijumeau.

Pour se rendre compte des irradiations douloureuses survenues en dernier lieu dans la région occipito-pariétale du crâne, il n'est pas nécessaire d'admettre l'existence d'un troisième foyer morbide situé vers la partie supérieure de la moelle épinière, à la naissance des quatre premiers nerfs cervicaux dont les anastomoses constituent le plexus cervical, et qui fournit par ses branches postérieures la sensibilité à la nuque et à la région occipitale du crâne. — Rien n'est commun, dans la névralgie du trijumeau, comme l'extension des douleurs vers la région occipito-cervicale, de même qu'on voit fréquemment les douleurs qui suivent le trajet des nerfs cervicaux en franchir le domaine, et, au lieu de s'arrêter à la région pariétale, gagner le frontal et les autres branches du trijumeau. Cet échange et cette propagation d'irradiations douloureuses entre les nerfs cervico-occipitaux et les branches de la cinquième paire sont si habituelles dans ces sortes de névralgie, que Bérard englobait la névralgie cervico-occipitale dans le *tic douloureux*. — La seule lésion du trijumeau peut donc expliquer les douleurs qui existaient chez le malade dans la région cervico-pariétale.

VII

Est-il possible de préciser plus que je viens de le fa
le diagnostic anatomique ? Peut-on localiser plus étro
ment la lésion ? dire si elle s'est développée primitivem
dans les trois nerfs intéressés, ou si elle ne les a envah
que secondairement ? fixer son point de départ, sa form
son étendue, sa nature, son processus, etc., etc. ? Non.
l'on ne veut pas s'égarer dans des hypothèses sans
qu'aucune circonstance morbide ne justifie.

Tout ce qu'on peut avancer, c'est que cette lésion, h
perplasique sans doute, comme la plupart de celles q
surviennent pendant les premières phases de la syphilis, n
manifesté aucune tendance envahissante, n'a attaqué ni le
méninges, ni le cerveau, et est restée confinée pendan
toute sa durée soit sur les nerfs eux-mêmes, soit dan
leur voisinage.

Un fait qui m'étonne et que je ne puis expliquer, c'est
le début brusque de cette affection. On ne peut admettre
cependant que la lésion qui l'a produite se soit développée
en une nuit. Elle a évolué comme toutes les lésions ana-
logues, c'est-à-dire qu'elle a dû présenter une période de
progrès, d'état et de déclin. Comment se fait-il que la
période de progrès soit restée latente et que le désordre
fonctionnel, au lieu d'être progressif, soit arrivé d'emblée
à son summum d'intensité ?

VIII

Les douleurs névralgiques ne sont pas rares au début
de la syphilis ; c'est quelquefois par elles seules que se
manifeste l'intoxication syphilitique, avant d'avoir touché la
peau ou les muqueuses. J'ai observé un cas où l'explosion

de ces accidents nerveux a été formidable ; aux douleurs se joignaient de la paralysie et des convulsions. Il trouve ici sa place, et je crois qu'il ne sera pas inutile de le comparer au précédent. Une névralgie scapulo-humérale, et une névralgie céphalique, d'une horrible intensité, de l'affaiblissement musculaire, du trismus, etc., survinrent après quelques légers prodromes, un mois environ avant l'apparition d'une syphilide papuleuse, qui révéla la nature de ces accidents. Voici le fait :

Mademoiselle Maria B....., âgée de 24 ans, se portait très-bien, lorsqu'elle fut prise, sans cause connue, vers les derniers jours du mois de juillet 1868, d'inappétence, de lassitude, de faiblesse générale.

Le 1er août, il lui survint une douleur vive dans l'épaule droite, accompagnée d'une sensation de pesanteur énorme dans tout le membre supérieur correspondant. Cette douleur se propageait le long du bras et de l'avant-bras, jusqu'à l'extrémité des doigts, et déterminait de l'engourdissement dans tous les muscles du membre. Elle se produisait sous forme paroxystique, mais persistait cependant dans l'intervalle des accès. Elle avait toutes les allures d'une névralgie scapulo-brachiale. L'affection ne siégeait pas dans les jointures ; elle paraissait occuper plutôt les nerfs que les muscles; aucun cordon nerveux n'était atteint spécialement. Les fonctions musculaires du membre furent compromises, au point que la malade ne pouvait plus tenir une cuillère pour la porter à sa bouche. Les doigts et la main étaient tuméfiés par une sorte d'œdème uniformément distribué dans tout le tissu cellulaire de la région.

Les pilules de Méglin, les topiques calmants, ne produisirent aucune amélioration. Cette cruelle névralgie persista avec la même intensité pendant trois semaines.

Elle durait encore, lorsque le 15 août la malade fut prise

de douleurs dans la tête encore plus atroces que celles du bras. Elles occupaient surtout le sommet de la tête et s'irradiaient de là dans toutes les directions, principalement dans les oreilles et dans les dents. Elles étaient égales des deux côtés, et plus violentes la nuit que le jour. Au plus fort des paroxysmes, elles déterminaient quelquefois une sorte de trismus. Elles durèrent pendant près de six semaines. Le médecin qui donnait des soins à mademoiselle B..... lui faisait chaque soir des injections sous-cutanées avec une solution de morphine. Les douleurs se calmaient un peu, et il survenait sur tout le corps une abondante transpiration pendant la nuit, particulièrement sur la tête et sur la figure. Grande faiblesse, inappétence. Etat général d'une maladie grave.

Tel était l'état des choses, lorsque, le 8 septembre (38 jours après l'invasion des douleurs), des taches se montrèrent au menton, autour de la bouche, sur le front, dans les mains, sur le corps, etc. La malade, effrayée de cette éruption, se souvint que son amant, parti pour l'Amérique depuis deux ou trois mois, se faisait soigner par M. Ricord. Elle va le consulter. La syphilis n'était plus douteuse. M. Ricord lui prescrivit deux pilules de protoiodure. Aucun bouton, aucune douleur du côté des organes génitaux n'avait mis jusqu'alors la malade sur la voie du diagnostic.

La syphilis fut tenace, mais plus sévère dans ses débuts que plus tard. Syphilide érythémato-papuleuse, plaques muqueuses, etc. Peu à peu le traitement fit justice des poussées successives, et la santé générale se rétablit. Chose curieuse, mademoiselle B....., qui ne voyait, avant d'avoir la syphilis, ses règles que trois ou quatre fois par an, devint très-régulièrement menstruée dès le début de la maladie constitutionnelle, et le fut toujours dans la suite.

N'est-ce pas là un bel exemple des perturbations profondes que produit parfois dans le système nerveux l'empoisonnement syphilitique, avant de manifester son action sur d'autres systèmes? Convenons de notre ignorance complète relativement à la cause matérielle de ces singuliers désordres. Si dans le cas précédent il y avait toutes sortes de raisons pour affirmer l'existence d'une lésion organique, oserait-on le faire ici?

Observation IV.

Syphilose cérébro-spinale. — Ramollissement de la moelle épinière.

Chancre infectant, suivi au bout de deux mois d'accidents cutanés et muqueux légers. Au soixante-quinzième jour du chancre, troubles cérébraux vagues; au centième, *paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté droit.* Au bout de 87 jours, guérison très-rapide, produite par une abondante salivation mercurielle.

Au septième mois du chancre, deuxième détermination syphilitique intra-crânienne sur l'hémisphère droit : *Hémiplégie incomplète de tout le côté gauche.* Dilatation de la pupille gauche et diplopie. Céphalalgie, vertiges, affaiblissement de toutes les fonctions nerveuses. Processus rapide de cette attaque d'encéphalopathie; guérison au bout de 40 jours.

Au neuvième mois du chancre, troisième détermination de la syphilis sur les centres nerveux. Dès le début, les accidents nerveux sont tout à la fois cérébraux et spinaux. Diffusion des phénomènes. Deux principaux foyers de douleur, l'un à la tête, l'autre derrière le sternum. Troubles de l'intelligence, du mouvement et de la sensibilité. Après cette première phase qui trahit, par la diffusion des phénomènes, la souffrance de tout l'axe cérébro-spinal, et qui dure environ un mois, les désordres se concentrent sur les

extrémités inférieures, et on observe tous les symptômes d'une *myélopathie syphilitique grave*, qui se termine par la mort au treizième mois de la syphilis, et 100 jours après le début de cette dernière détermination syphilitique cérébro-spinale. Pendant toute sa durée, les phénomènes de dépression dominent. Dans les derniers jours, convulsions, trismus et spasme pharyngo-œsophagien.

L'autopsie fait constater l'intégrité des parois osseuses et des méninges. Le cerveau est intact. Ramollissement de la moelle épinière dans son tiers inférieur. Épanchement ultime de sang dans le canal rachidien, consécutif à des eschares du sacrum.

I

M. C... (Narcisse), âgé de 27 ans, boulanger, entré dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 6, n° 20, le 11 juin 1872, est d'une constitution lymphatique, mais se porte habituellement très-bien, et ne présente dans ses antécédents aucune trace de maladie générale héréditaire ou acquise. En 1870, varioloïde assez grave. En 1865, chancre mou, suivi d'un bubon suppuré.

Après avoir eu des rapports avec plusieurs femmes, vers la fin de février et au commencement de mars 1872, ce malade vit apparaître, dans la rainure, un chancre qui se compliqua bientôt de phimosis et de balano-posthite. Adénopathie indolente consécutive. Guérison très-lente de l'accident primitif. Traitement spécifique dès les premiers jours de mars.

Dans les derniers jours de mai (deux mois après le début du chancre), apparition des accidents syphilitiques consécutifs : plaques muqueuses sur le scrotum, puis dans la gorge, croûtes dans les cheveux, éruption discrète de pe-

tites pustules d'ecthyma à tendance résolutive, siégeant principalement sur les membres.

Dès son entrée (deuxième mois et demi du chancre), je fis prendre au malade du proto-iodure; j'y ajoutai, au commencement de juillet, de l'iodure de potassium, parce qu'il était survenu des phénomènes nerveux qui se montraient pour la première fois, et dont le plus marqué était une céphalalgie générale serrant la tête comme dans un étau, incessante, diurne et nocturne, ayant commencé brusquement le 27 juin et ayant duré jusqu'au 8 juillet, et diminué progressivement, sans être accompagnée d'aucun trouble du côté des organes des sens, ni des fonctions sensitives et motrices.

II

Le 5 juillet (trois mois et demi environ après le début du chancre), le malade s'aperçut d'un léger brouillard devant l'œil droit et éprouva un peu de photophobie, sans larmoiement ni rougeur de la conjonctive. Le lendemain, la vue était plus trouble, et il existait un prolapsus de la paupière supérieure droite, survenu insensiblement et sans être accompagné d'aucun phénomène ressemblant à une attaque.

Le 11 juillet (sixième jour du prolapsus), je notai l'état suivant : amaigrissement notable depuis le commencement de la maladie; le poids du corps, de 190 livres, est descendu à 135 livres. Pâleur, diminution des forces. Les petites pustules d'ecthyma sont cicatrisées.

La paralysie est exclusivement limitée à la paupière supérieure, et elle y est complète. Pas de déviation du globe oculaire. La rotation en dedans paraît être un peu gênée. L'orbiculaire a conservé toute son énergie. Les milieux de l'œil sont très-sains.

La pupille, quoique mobile, est deux fois plus dilatée que celle du côté opposé. Les objets paraissent un peu troubles, et ceux qui ne sont distants de l'œil que de 0m50c ont l'air d'en être à 2 mètres, de plus ils semblent éclairés d'une lumière plus éclatante qu'elle ne l'est en réalité.

Il n'existe aucun trouble nerveux du côté de la sensibilité et de la motilité générales. Quelques crampes dans les deux jambes, au niveau de l'insertion des fibres musculaires sur le tendon d'Achille.

(Le malade prend maintenant 6 grammes d'iodure de potassium et deux pilules de proto-iodure.)

19 juillet. — Paralysie complète du releveur. Les autres muscles animés par le moteur oculaire commun commencent à présenter des signes d'affaiblissement. Ainsi il existe un peu de déviation du globle oculaire en dehors; les mouvements en bas sont accompagnés d'une rotation incomplète du globe oculaire sur son axe antéro-postérieur.

Depuis hier, douleurs très-vives dans l'œil traversant la tête d'arrière en avant et ressortant à la nuque. Insomnie. Milieux de l'œil toujours limpides. Dilatation de la pupille. Les objets paraissent très-éloignés et en même temps très-éclairés.

18 juillet (19e jour du prolapsus). — Les troubles nerveux sont limités à l'œil droit. Céphalée très-violente occupant la moitié frontale de la tête et surtout les insertions occipitales des muscles de la nuque. Paralysie complète du releveur; un peu de strabisme externe. Mouvements du globe oculaire en dedans, en bas et en haut, incomplets. Mouvements autour de l'axe antéro-postérieur très-faciles. Mouvements en dehors très-énergiques. Pupille dilatée et mobile. Les objets paraissent un peu moins éloignés et moins éclairés. Douleur térébrante dans l'intérieur de l'orbite, insomnie, aucun trouble psychique.

Légère amélioration depuis deux jours (6 centigrammes de proto-iodure et 6 grammes d'iodure de potassium).

III

27 juillet (22e jour du prolapsus). — Amélioration très-notable; la paupière se relève à moitié par l'action seule du releveur, mais il faut l'intervention de la volonté, et, quand elle fait défaut, la paupière reste en prolapsus complet. Auparavant elle ne se relevait un peu que par la contraction du frontal. Sensibilité à la pression très-vive dans la cavité orbitaire entre le globe oculaire et la voûte, provoquée par le seul passage d'un linge sur la paupière supérieure, pour s'essuyer. Douleurs nocturnes dans les deux orbites; les douleurs occipitales ont entièrement disparu. Au point de vue de l'état général, le malade se sent aussi infiniment mieux. La sensibilité de l'œil malade à la lumière est beaucoup plus vive que dans l'œil sain. Le mouvement en bas du globe oculaire est le plus compromis; le mouvement en dedans s'exécute assez bien, mais il est incomplet. Pas de diplopie, excepté en regardant de côté les objets un peu éloignés, strabisme externe. Aucun trouble psychique; pas de paralysie ni de lésion de la sensibilité dans d'autres parties du corps. (Même traitement. — Toniques.)

3 août (29e jour du prolapsus). — La paupière est retombée; le malade se sent moins bien que les jours précédents. Je fais appliquer un séton à la nuque.

5 août. — La paupière se relève mieux. Toujours strabisme externe et mêmes troubles de la vision, mais moindres. Pupille un peu dilatée. Plus de douleurs de tête depuis huit ou dix jours.

15 août. — Stomatite mercurielle avec plaques grises

sur le bord des gencives et la partie inférieure de la langue ; salivation très-abondante.

IV

A partir de ce moment, il survint une amélioration très-rapide du côté de l'œil. La paupière droite, qui depuis l'application du séton avait commencé à se relever, recouvre presque complétement l'amplitude normale de son mouvement en haut, au bout de cinq ou six jours. Le strabisme externe subsistait encore ; la vision n'était pas parfaitement nette.

Le 31 août (57e jour), il n'existait plus trace du prolapsus de la paupière supérieure, qui se relevait tout autant que l'autre. La pupille était toujours mobile ; son ouverture avait beaucoup diminué, tout en restant un peu plus grande que celle du côté opposé.

Quant à la déviation du globe oculaire en dehors, loin de s'atténuer comme les autres symptômes, elle a au contraire augmenté. Il existe un strabisme externe très-prononcé. Cependant l'œil peut être facilement tourné en dedans par un acte de la volonté. La rotation de bas en haut et de haut en bas est très-facile. Pendant ces mouvements la pupille se contracte et se dilate alternativement. Elle se contracte lorsqu'on ordonne à tel ou tel ordre des muscles rotateurs de l'œil de se contracter, et qu'il se contracte.

Maintenant l'œil malade ne voit plus les objets inondés de clarté comme autrefois ; mais ils semblent toujours éloignés, quoiqu'un peu moins. La lecture est facile, bien qu'il y ait une espèce de brume devant l'œil malade.

En somme, amélioration très-notable du côté de cet organe. Malgré la salivation (1 litre de salive par jour) qui a empêché le malade de manger autant qu'il l'aurait voulu,

la santé générale est beaucoup plus satisfaisante qu'auparavant. Cependant il est encore faible, et son poids, qui était de 187 livres avant sa maladie, n'est plus maintenant que de 135.

7 septembre. — L'amélioration continue ; la pupille n'est plus dilatée ; strabisme, et, quand le malade ne fait pas effort pour ramener les deux axes oculaires dans le parallélisme, diplopie. Ainsi, en écrivant, il se figure souvent avoir fait deux fois la même lettre.

16 septembre (73e jour de l'affection oculaire, 178e du chancre).— Le traitement hydrargyrique était interrompu depuis la salivation ; le traitement ioduré était continué. Le 14 septembre, le malade se plaignit d'une céphalée très-vive, tantôt frontale, tantôt occipitale, presque continue et avec une acalmie de 30 à 40 minutes toutes les 3 heures seulement. Insomnie presque complète. En même temps la vue devient plus faible. Brouillard plus épais devant les yeux. Diplopie plus accentuée. État général moins bon. (2 pilules de proto-iodure, 6 grammes d'iodure de potassium.) — A l'ophthalmoscope on ne distingue pas bien la papille, on la voit comme à travers un nuage. Pas de flocons dans le corps vitré.

30 septembre (87e jour). — La recrudescence des troubles oculaires survenus il y a quinze jours n'a été que momentanée. A première vue, le strabisme n'est plus sensible. Diminution très-notable de la diplopie, céphalalgie moins vive, retour des forces.

V

Tels furent chez ce malade les premiers, mais malheureusement pas les seuls effets de l'action du virus syphilitique sur le système nerveux. On verra par la suite de son

histoire que le cerveau, puis la moelle épinière, furent successivement, puis simultanément atteints d'une façon si grave que la mort en fut la conséquence. Avant de poursuivre le récit de tous ces désordres, examinons ceux qui ont ouvert la scène.

Il y avait environ 70 ou 80 jours que le chancre avait débuté, lorsque se manifestèrent les premiers symptômes de la détermination syphilitique sur le cerveau, constitués pendant huit jours par une céphalalgie extrêmement violente, puis par quelques troubles de la vue. Le processus morbide, un peu vague au début, ne tarda pas à se localiser, et il devint bientôt manifeste que le nerf moteur oculaire commun était le seul organe atteint. Pendant 87 jours qui ont duré cette paralysie de la troisième paire, on a pu étudier jour par jour ses symptômes, suivre sa marche et se rendre compte de l'action des médicaments.

Faisons d'abord remarquer que la syphilis, à en juger par l'accident primitif et par les accidents consécutifs, cutanés et muqueux, était légère plutôt que grave, et que rien dans son allure ne faisait prévoir les déterminations si précoces et si graves dont les centres nerveux devinrent ultérieurement le siége.

Tous les muscles qu'anime le moteur oculaire commun n'ont pas été pris simultanément. Ils ont, pour ainsi dire, été envahis un à un. Le strabisme externe a été progressif, et c'est là ce qui arrive lorsque le droit externe a été privé pendant quelque temps de l'antagonisme du droit interne. — Peu à peu la faculté accommodatrice a été anéantie, et l'œil malade ne s'est plus adapté qu'au point le plus éloigné de la vision distincte. La paralysie du sphincter de l'iris et la dilatation consécutive de la pupille expliquent pourquoi les objets, renvoyant sur la rétine une plus grande somme de rayons lumineux, paraissaient plus éclairés avec l'œil malade qu'avec l'œil sain.

Je laisse au lecteur le soin d'analyser et d'interpréter au point de vue de la physiologie pathologique les phénomènes présentés par cette paralysie du nerf moteur oculaire commun; je me contenterai de mentionner, comme étant peut-être l'indice de la nature syphilitique de la lésion, les douleurs térébrantes siégeant dans l'intérieur de l'orbite, l'insomnie et la céphalalgie.

Le traitement a été poussé avec vigueur; mais c'est le 22e jour seulement qu'on a observé un peu d'amélioration, quoique le malade, soumis à la médication mixte, eût absorbé déjà 60 grammes d'iodure de potassium.

Cette amélioration n'a été que momentanée, il y a eu une rechute, et les symptômes ne se sont amendés d'une façon bien décidée et très-rapide que lorsque j'ai pu obtenir une salivation mercurielle abondante au moyen de frictions. Le résultat a été vraiment merveilleux et infiniment supérieur à celui qu'avaient produit très-lentement des doses considérables d'iodure de potassium.

Pendant toute la durée de cette paralysie du moteur oculaire commun, les autres fonctions qui dépendent du système nerveux n'ont subi aucune atteinte; et, si les premiers accidents cérébraux avaient pu faire craindre une action plus ou moins générale et diffuse du virus sur l'encéphale, il est devenu manifeste au bout de quelques jours que cette action morbide était concentrée exclusivement sur le nerf moteur oculaire commun du côté droit.

Peut-on dire quel était le siége de la lésion? Les cinq muscles auxquels se distribue la troisième paire ayant tous été frappés de paralysie, il est grandement probable que son tronc a été primitivement altéré. Sur quel point? vers son origine, pendant son trajet dans la paroi externe du sinus caverneux, ou à travers la fente sphénoïdale? De

quelle façon? directement ou indirectement, par une tumeur ou par une suffusion hyperplasique diffuse, etc., etc.! A toutes ces questions, qui se présenteront souvent dans le cours de ce mémoire, il est impossible de donner une réponse satisfaisante.

VI

Après sa sortie de l'hôpital, le malade cessa tout traitement, la céphalée disparut tout à fait; la vue revint presque aussi bonne qu'avant la paralysie du moteur oculaire commun droit, et l'état général continua à s'améliorer.

Tel était l'état des choses, lorsque le 18 octobre 187? (7e mois à partir du début du chancre), il fut repris, sans cause appréciable, de maux de tête aussi violents que par le passé, et qui lui enlevèrent tout sommeil. Cette céphalée, qui occupait principalement le front, était continue avec exacerbations nocturnes.

Au bout de trois ou quatre jours, il survint des phénomènes encéphaliques nouveaux graves, du côté du mouvement et de l'intelligence. Ainsi le malade fut pris d'une sorte de faiblesse croissante dans tous les membres, qui lui rendit tout travail impossible. Les jambes pliaient sous lui et il éprouvait la plus grande difficulté à marcher. Il lui arrivait aussi de laisser tomber les objets qu'il tenait à la main. Pourtant la sensibilité n'était pas profondément atteinte, car il sentait le sol et le sens du toucher était peu modifié; mais de temps à autre une sorte d'engourdissement, de demi-paralysie annihilait l'action de tout le système nerveux.

Il éprouvait de plus des vertiges et des étourdissements. A cinq ou six reprises différentes, il lui est arrivé de tomber, mais sans perte de connaissance, sans convulsions ni écume à la bouche. Ces crises sont quelquefois survenues

pendant la nuit et l'ont fait choir du lit. Elles étaient toujours suivies d'un collapsus général des fonctions nerveuses.

Quand le malade vint me consulter, le 25 octobre, je fus frappé de son air d'hébétude, de l'embarras de sa parole et surtout de sa faiblesse musculaire. Il ne pouvait marcher que soutenu par quelqu'un. La lettre que je lui donnai pour le faire entrer dans mon service glissa plusieurs fois de ses doigts sans qu'il s'en aperçût. Je remarquai, quand les muscles de la face entraient en jeu, que la bouche était un peu déviée du côté droit et que tout le côté gauche avait encore moins de force que le côté droit. Le malade avait constaté lui-même cette faiblesse relative du côté gauche : en portant deux seaux d'eau, il laissa tomber celui de gauche.

Le 30 octobre (7e mois du chancre, 12e jour de l'encéphalopathie), le malade présentait l'état suivant : La faiblesse de tout le côté gauche du corps ne constitue qu'une hémiplégie très-incomplète, ainsi qu'on peut s'en assurer en soumettant à diverses épreuves l'énergie de la contraction musculaire. Le malade serre beaucoup moins fort de la main gauche que de la main droite ; sa jambe gauche paraît aussi plus faible que celle du côté droit ; néanmoins il peut marcher seul et aller jusqu'aux lieux d'aisance, qui sont à une assez grande distance de son lit. La parésie est moins grande dans le membre inférieur que dans le supérieur. Quant à l'hémiplégie faciale, elle ne se décèle que lorsque le malade parle ou rit, etc. A l'état de repos, la face est symétrique ; le jeu des paupières est le même des deux côtés. Aucune déviation de la langue, de la luette ni des globes oculaires. Légère déviation de la bouche à droite.

Toutes les sensibilités sont conservées à gauche, mais avec un certain degré d'obtusion qu'on apprécie surtout

quand on les compare à celles du côté droit. — Céphalée continue avec exacerbations nocturnes.

Insomnie, et cependant torpeur, hébétude, sorte d'assoupissement comateux. La mémoire et l'intelligence ne sont pas notablement affaiblies. Il existe une espèce d'hypéresthésie des yeux et des oreilles qui oblige le malade à rester la tête enfoncée sous son drap pour éviter le bruit et la lumière. — Pas d'hallucinations, ni de convulsions, ni de contractures, ni de vomissements. — Parole traînante, embarrassée. — Langue blanche sans trace de morsure, pas de fièvre. (Traitement : 2 verres d'eau de sedlitz, 2 gr. de chloral; 2 gr. sirop de bi-iodure ioduré; 7 d'iodure de potassium.)

VII

31 octobre (13e jour de l'encéphalopathie). — Un peu de mieux. Tous les symptômes ont graduellement diminué depuis l'entrée du malade à l'hôpital. — La pupille gauche est un peu dilatée. La céphalée est toujours violente; douleurs très-vives dans les deux voûtes orbitaires. — Obnubilation et diplopie légère.

4 novembre (17e jour de l'encéphalopathie). — Les douleurs de tête sont beaucoup moins vives. Le malade dort maintenant une partie de la journée et de la nuit, et cependant il présente moins de torpeur; il est plus gai; son intelligence est plus vive, sa parole plus nette. La paralysie paraît aussi avoir un peu diminué.

11 novembre (24e jour de l'encéphalopathie). — Amélioration très-notable du côté de la motilité; l'hémiplégie faciale est presque insensible, même lorsque les muscles de la face sont mis en jeu d'une façon énergique; les plis de la peau sont alors aussi nombreux et aussi profonds à gauche qu'à droite, et il n'existe qu'une déviation imperceptible

Le malade peut se tenir et même sauter à cloche-pied sur le membre inférieur gauche ; la main serre beaucoup plus fortement que les jours précédents.

La sensibilité est à peu près égale des deux côtés. L'hyperesthésie de la vue et de l'ouïe a disparu depuis huit jours. — Plus de diplopie ni de brouillards devant les yeux ; la vue est aussi bonne à gauche qu'à droite. L'ouverture pupillaire gauche reste toujours plus grande que celle du côté droit. Les deux pupilles sont également mobiles.

L'encéphale a repris pleine possession des facultés intellectuelles. Le malade peut lire toute la journée sans se fatiguer.

21 novembre (34e jour de l'encéphalopathie). — Disparition presque complète de la paralysie ; cependant encore un peu de faiblesse à gauche. — Sensibilité un peu obtuse de ce côté. — Plus de céphalalgie ni de douleurs sus-orbitaires. — Sommeil ; intelligence nette. — Aucun embarras de la parole. — Vision très-distincte. — Pas de diplopie. Mémoire revenue. — Pupille gauche un peu plus dilatée que la droite. Etat général très-satisfaisant. Les érections, qui avaient disparu, sont revenues. — Le froid engourdit plus vite la sensibilité à gauche qu'à droite.

Le 5 mai (quarante-huitième jour de l'encéphalopathie), le malade est sorti de mon service complétement guéri. Aucun trouble du côté de la sensibilité ni du mouvement. Pupille gauche un peu plus dilatée que la droite. Il n'y a eu aucune manifestation syphilitique sur les autres régions du corps.

VIII

Ainsi, cette deuxième poussée de la syphilis, qui a suivi de près la guérison apparente de la première, puis-

qu'elle a débuté 18 à 20 jours après, s'est exclusivement concentrée sur le cerveau, et a respecté tous les autres systèmes. En résumé, ses principaux caractères ont été :

1° Après une céphalalgie prodromique de quelques jours, une perturbation de la plupart des fonctions cérébrales : parésie du système musculaire dans son ensemble ; accidents vertigineux, troubles des sens ; obtusion des facultés intellectuelles, etc., indiquant un état de dépression plutôt que d'excitation. Deux phénomènes ont fait exception : l'hypéresthésie de l'ouïe et celle de la vue ; mais ils n'ont été que de courte durée.

2° Une hémiplégie de tout le côté gauche, plus accusée dans le membre supérieur droit que dans l'inférieur et à la face ; elle est toujours restée fort incomplète ;

3° L'affaiblissement très-léger de la sensibilité dans le côté du corps paralysé ;

4° L'insomnie pendant la nuit, la torpeur pendant le jour, l'hébétude, la céphalalgie et quelques accidents vertigineux ;

5° La dilatation de la pupille gauche, la diplopie et l'obnubilation.

Quant au processus de cette encéphalopathie, il a été rapide, puisque le vingt-quatrième jour tous les phénomènes morbides avaient disparu ou ne laissaient plus que des vestiges insignifiants. Au bout d'un mois et demi, la guérison était complète. C'est vers le septième ou le huitième jour que l'affection a atteint la plénitude de son développement, puis elle a décru progressivement jusqu'à sa terminaison.

En laissant de côté les vertiges, la céphalalgie, l'affaiblissement des phénomènes intellectuels, etc., etc., accidents qui se manifestent chaque fois qu'une action morbide un peu vive et générale se détermine sur le cer-

veau et sur son enveloppe, on voit qu'il y a eu deux localisations des symptômes : les uns, hémiplégie, obtusion de la sensibilité, occupaient tout le côté gauche ; les autres, beaucoup plus limités, dilatation de la pupille et diplopie, siégeaient sur l'œil gauche. Il est donc probable qu'il existait dans l'intérieur du crâne deux foyers de lésions : l'un qui avait envahi une partie plus ou moins étendue de l'hémisphère droit; l'autre, situé à la base gauche, vers le sinus caverneux et sur le trajet des nerfs moteurs de l'œil du même côté. Peut-être aussi la seule lésion de l'hémisphère droit suffirait-elle pour expliquer les troubles de la vue et la dilatation de la pupille de l'œil gauche. Quoi qu'il en soit, n'est-il pas remarquable que l'œil droit, dont le moteur oculaire commun avait été si fortement touché par la première attaque, n'ait rien éprouvé dans la seconde ? Il est probable cependant que c'est de ce premier foyer morbide qu'est né le second. Au lieu de rester circonscrit à la base, sur le trajet du moteur oculaire commun, il a envahi une étendue plus ou moins considérable de l'hémisphère droit, comme l'indique l'hémiplégie de tout le côté gauche.

Relativement à la nature du processus organique, on est autorisé à croire qu'elle a été congestive ou séreuse plutôt qu'hyperplasique, ou que du moins les exsudations méningitiques ou cérébrales, s'il y en a eu, sont restées rudimentaires, ce qui a permis à la résolution de s'opérer de bonne heure et avec rapidité.

IX

Après sa sortie de l'hôpital, le malade a cessé tout traitement ; il a repris son travail et s'est bien porté jusqu'au 5 janvier 1873 (neuvième mois et demi de la syphilis).

A partir de cette époque, il a commencé à ressentir,

sans cause appréciable, de la lassitude et des douleurs vagues dans tous les membres, sans fièvre, et une céphalée, principalement nocturne, accompagnée d'une insomnie opiniâtre. Au bout de dix jours, un phénomène nouveau, extrêmement pénible, s'est manifesté sous forme d'accès durant plusieurs heures; et il se reproduisait trois ou quatre fois par jour. Ce phénomène consistait en un sentiment de gêne, de pesanteur, d'angoisse respiratoire, ayant son siége dans la moitié supérieure du sternum et les points adjacents de la paroi thoracique antérieure. En même temps, le malade éprouvait des vertiges, des obnubilations et une faiblesse dans les extrémités inférieures, qui rendaient la marche incertaine et chancelante. La céphalée redoublait de violence pendant la nuit et ne lui permettait pas un instant de sommeil.

Cet état de choses prenant chaque jour un caractère de gravité de plus en plus alarmant, le malade se décida à revenir à l'hôpital, et il entra pour la troisième fois dans mon service, salle 8, n° 15, le 18 janvier 1873 (dixième mois de la syphilis).

Il ne présentait alors aucune manifestation syphilitique sur la peau, sur les muqueuses ou les autres systèmes organiques, sauf le système nerveux. Il se plaignait surtout d'une oppression très-violente sur la paroi antérieure du thorax. Cependant les mouvements du cœur et de la respiration étaient réguliers, et il n'existait ni dans le cœur ni dans le poumon aucun signe physique d'une affection aiguë ou chronique pouvant expliquer ce phénomène. — La langue était nette, l'inappétence complète, les fonctions digestives très-paresseuses, mais sans nausées ni vomissements. Maux de tête incessants, surtout pendant la nuit; insomnie complète. Je soumis le malade à un traitement mixte composé de sirop de bi-iodure ioduré et d'iodure de potassium. Son état ne s'améliora pas. Les accès

d'oppression et de céphalée le privaient de tout sommeil; ses idées parfois étaient troublées au point qu'il ne savait plus ce qu'il faisait ; cependant la parole était nette et il n'existait aucune lésion du côté des organes des sens, ni aucune paralysie localisée. Mais la faiblesse des extrémités inférieures était très-grande ; la démarche vacillante ne pouvait s'effectuer que les jambes écartées, et la station sur un seul pied était impossible. Pendant le jour le malade était continuellement absorbé, en proie à une sorte de torpeur qu'il ne pouvait secouer, et il gardait le lit.

Dans la journée du 29 janvier, cette somnolence devint presque comateuse, et en se réveillant le malade ne se souvenait de rien. Dans la nuit du 29 au 30 il eut de la fièvre et un délire tranquille d'actes et de paroles; il se leva et déposa ses excréments dans la salle, croyant être aux lieux d'aisance.

X

Ainsi la guérison de la deuxième détermination syphilitique intra-crânienne n'a pas tardé à être suivie d'une rechute. Au bout d'un mois, en effet, se sont manifestés de nouveaux troubles nerveux, beaucoup plus nombreux et beaucoup plus graves que ceux de l'attaque précédente. Leur caractère le plus remarquable, dès le début, a été une généralisation de l'action morbide telle que, visiblement, le cerveau et la moelle épinière étaient tous les deux atteints.

Les phénomènes de paralysie se sont accusés de plus en plus ; ils ont été précédés d'algies d'une excessive intensité siégeant d'une part dans la tête, et d'autre part dans le thorax. Nous connaissons déjà les céphalalgies, l'insomnie et les accidents vertigineux qui précèdent et accompagnent les déterminations syphilitiques cérébrales. Nous allons voir maintenant la sternalgie atroce, avec oppres-

LANE LIBRARY

sion, angoisse respiratoire, etc., qui a été le signe précurseur et le symptôme de l'affection syphilitique de la moelle épinière dont le malade est mort.

Le 31, je constatai l'état suivant : Les facultés intellectuelles sont à peu près dans leur état normal, et le malade répond nettement et sans embarras de parole aux questions qu'on lui adresse. La mémoire est un peu affaiblie. Les yeux ne sont pas déviés, et l'œil droit, qui avait été frappé, lors de la première attaque d'encéphalopathie, y voit aussi bien que le gauche. Aucun trouble fonctionnel du côté des autres organes des sens. Le pouls est calme, régulier, et il n'existe aucune lésion au cœur, ni aux poumons. Maigreur, anémie. Pas de nausées, ni de vomissements. Constipation légère, inappétence.

La céphalée nocturne a un peu diminué ; mais l'insomnie persiste pendant la nuit, aussi absolue qu'au début. — Somnolence pendant le jour. Aucune douleur localisée dans la cavité crânienne, ni dans le canal rachidien. Les traits ne sont pas déviés et il n'existe aucune trace de l'hémiplégie qui a caractérisé la deuxième attaque d'encéphalopathie. Les deux membres supérieurs ont la même force. Quant aux membres inférieurs, ils sont tous les deux, et à un égal degré, le siége d'une faiblesse vague qui se traduit, lorsque le malade est au lit, par la lenteur, l'incertitude des mouvements qu'on lui fait exécuter, et, lorsque le malade est debout, par une démarche vacillante, en zigzag, et l'impossibilité de se tenir sans appui sur l'un ou l'autre pied. — Du reste la sensibilité cutanée n'est que très-légèrement émoussée; le chatouillement de la plante des pieds cause des mouvements réflexes que le malade a de la peine à maîtriser; mais il n'existe ni crampes, ni contractures, ni convulsions.

Les principaux phénomènes nerveux ont leur foyer

dans les cavités du crâne et du thorax. Du côté de l'encéphale, outre la céphalée nocturne, générale et paroxystique, il existe un état morbide caractérisé par de l'insomnie, de l'obnubilation, des vertiges, des étourdissements, des accès de subdelirium pendant lesquels le malade n'a aucune conscience de sa parole et de ses actes.

Du côté de l'appareil cardio-pulmonaire, une sorte d'état asthmatique s'est manifesté dès le début de cette troisième attaque. Il consiste en un sentiment d'oppression, d'angoisse respiratoire qui occupe la moitié supérieure de la paroi antérieure du thorax, et qui a son maximum d'intensité au-dessus de la première pièce du sternum. Cette dyspnée se reproduit sous forme d'accès trois ou quatre fois dans la journée et dure environ une heure ou deux; elle est principalement nocturne et se combine avec la céphalée pour empêcher tout sommeil. Elle se traduit par une détresse respiratoire qui rend les mouvements respiratoires courts, précipités, haletants. Le malade est alors obligé de se lever à demi sur son séant et d'appuyer le tronc sur les coudes portés en arrière et en dedans. Elle est indépendante de toute lésion matérielle appréciable de l'appareil cardio-pulmonaire. Un phénomène remarquable, c'est que la sensibilité cutanée est diminuée dans la moitié supérieure de la paroi thoracique antérieure. Il n'y a pas de points névralgiques, ni aucune altération des côtes, du sternum et des cartilages costo-sternaux. Pas de palpitations. — Les opiacés et le chloral, administrés, il est vrai, à de faibles doses, n'ont amené aucun soulagement. — Tous ces phénomènes nerveux sont irrégulièrement paroxystiques et présentent d'un jour à l'autre des variations d'intensité que n'explique aucune circonstance extérieure. Ils sont toujours plus prononcés la nuit que le jour. La dépression de toutes les facultés nerveuses

est le fait dominant pendant le jour. — Il n'y a ni nausées, ni vomissements.

La miction est moins facile qu'à l'état normal. Les érections sont nulles.

XI

11 février (35e jour de la détermination syphilitique cérébro-spinale, 10e mois de la syphilis). — Depuis huit jours je fais faire des frictions sur les cuisses avec de l'onguent napolitain, et je donne l'iodure de potassium à doses élevées ; mais l'état du malade est loin de s'améliorer. Ainsi les facultés intellectuelles sont un peu plus émoussées, quoique aucune ne présente de lésion spéciale ; le moral surtout est très-affecté. L'insomnie a été un peu domptée, mais momentanément, par 3 grammes de chloral pris dans la soirée. Les nuits sont toujours mauvaises : Dans celle du 5 au 6, le malade est tombé trois fois de son lit ; il a fallu l'y remettre. Le lendemain il n'en avait aucun souvenir. Ce dont il se plaint le plus, c'est de la gêne de la respiration. La dyspnée dont il est affecté se reproduit sous forme de crises qui se répètent sept ou huit fois par heure et durent cinq ou six minutes chaque fois. Elle consiste en un sentiment très-pénible de constriction dans la moitié supérieure et antérieure du thorax. Les inspirations deviennent alors saccadées, inégales, incomplètes, entrecoupées, et cependant le malade éprouve un besoin angoissant de leur donner leur maximum d'amplitude. La respiration dans les moments de calme est aussi costale que diaphragmatique. Température fraîche, pouls calme, régulier, entre 64 et 72. Amaigrissement, perte des forces, inappétence, langueur des fonctions digestives.

La démarche est devenue de plus en plus incertaine et

chancelante ; le malade reste toujours au lit, et dans la journée il est sans cesse sous l'influence de cet état demi-comateux qui semble être une compensation aux insomnies nocturnes. Depuis le 9 il ne peut plus se tenir debout. La faiblesse musculaire est plus prononcée dans le membre inférieur gauche que dans le droit ; il existe en outre un peu d'anesthésie et d'analgésie. Le chatouillement de la plante du pied excite des mouvements réflexes.

12 février. — Station debout impossible. La sensibilité à la douleur et au contact paraît aujourd'hui à peu près intacte sur les deux membres inférieurs dans toute leur longueur. Les modes d'exploration propres à mesurer approximativement la force musculaire font constater qu'elle est un peu moins grande à droite qu'à gauche. Elle reste intacte et égale dans les deux membres supérieurs. Aucune douleur spontanée le long du rachis. État satisfaisant des facultés intellectuelles et morales. Insomnie. Beaucoup moins d'oppression. Miction toujours lente.

15 février. — La faiblesse musculaire fait des progrès notables dans les extrémités inférieures : Ainsi le malade ne peut plus élever ni l'une ni l'autre jambe au-dessus du lit, ni les maintenir, quand elles ne sont pas soutenues, dans la position qu'on lui dit de garder. Le membre inférieur droit est toujours plus faible que le gauche, qui peut encore exécuter, mais avec beaucoup d'hésitation et d'incertitude, quelques mouvements de flexion et d'extension de la jambe sur la cuisse, tandis que ces mouvements sont impossibles à droite. Rien du côté de l'encéphale, ni des organes des sens. Insomnie. L'oppression a beaucoup diminué. (On fait des frictions mercurielles depuis 4 ou 5 jours ; on les continue, ainsi que l'iodure de potassium.)

État du malade le 18 février 1873 (42e jour des accidents cérébro-spinaux). — L'insomnie persiste ; mais

moins d'agitation pendant la nuit; cependant le malade est encore tombé de son lit deux fois en huit jours. La céphalalgie et l'oppression ont diminué; la sensibilité, un peu émoussée, il y a quelques jours, dans la partie supérieure et antérieure de la poitrine, est revenue à son état normal. Température normale; pouls régulier; rien du côté des organes des sens. Les facultés intellectuelles et morales sont toujours dans le même état, c'est-à-dire très-peu altérées. Aucune trace d'hémiplégie faciale.

La sensibilité et la mobilité sont intactes et égales dans les deux membres supérieurs, et, quoique les doigts soient moins souples et moins agiles qu'à l'état ordinaire, cependant le malade écrit assez facilement.

Il éprouve depuis quinze jours environ des douleurs spontanées le long du rachis, qui deviennent très-violentes et retentissent dans la partie supérieure des cuisses lorsqu'on le met sur son séant. Toutes les apophyses épineuses dorso-lombaires sont douloureuses à la pression, à partir de la septième dorsale, surtout au niveau des dernières dorsales et des premières lombaires. Constipation opiniâtre; paresse de la miction. Pas de douleurs en ceinture. Le sentiment si pénible de constriction qui existait au sommet du thorax en avant a beaucoup diminué.

Ventre souple, rien du côté des viscères des hypochondres; rien du côté du cœur et au poumon.

Langue nette, inappétence. Digestions assez faciles. — Les troubles fonctionnels se concentrent de plus en plus sur les extrémités inférieures. Il existe une véritable paraplégie avec impossibilité de faire usage des jambes pour la station et pour la marche. La paralysie est beaucoup plus prononcée à droite qu'à gauche. Ainsi le malade peut élever le membre inférieur gauche à quelques centimètres au-dessus du lit et fléchir la cuisse sur le tronc;

la jambe fléchie sur la cuisse oppose une certaine résistance, bien faible il est vrai, aux manœuvres que l'on fait pour l'étendre et apprécier la force musculaire, etc., etc. A droite, au contraire, la volonté ne peut vaincre l'immobilité, qui est presque complète. Cependant les sensibilités, un peu émoussées, paraissent égales des deux côtées. Les chatouillements de la plante des pieds produisent des mouvements réflexes plus accusés à gauche qu'à droite.

Amaigrissement. Sécheresse de la peau. Aspect cachectique. — Aucune manifestation cutanée ni muqueuse. (Même traitement : Frictions.— Iodure de potassium, 4 gr.)

XII

Nous sommes arrivés à cette phase de l'affection où le travail morbide, après avoir envahi toute l'étendue de l'axe cérébro-spinal, s'est définitivement concentré sur l'extrémité inférieure de la moelle épinière. La diffusion des phénomènes, qui trahissait une souffrance vague et générale des principaux centres d'innervation, a disparu peu à peu pour faire place à un travail pathologique mieux localisé dans son siége et plus précis dans ses manifestations. Le processus semble avoir quitté le cerveau, puis le renflement supérieur de la moelle épinière. Le voilà maintenant dans son renflement inférieur. A mesure qu'il a convergé vers cette région, les accidents paraplégiques sont devenus plus graves et nous allons les voir poursuivre leur marche progressive jusqu'à la mort.

Aucun traitement n'a pu les arrêter. On a eu beau faire tous les jours des frictions mercurielles, il a été impossible d'obtenir la salivation, qui avait guéri si rapidement la paralysie des moteurs oculaires communs, lors de la première détermination syphilitique sur l'encéphale. J'avais

prévu toutefois et porté dès ce moment un pronostic fatal, qui, comme on va le voir, n'a pas tardé à se réaliser.

Le 23 février (47e jour des accidents cérébro-spinaux), la paralysie des membres inférieurs a augmenté. Elle est presque complète des deux côtés, cependant toujours plus prononcée à droite qu'à gauche : ainsi tandis que tout mouvement volontaire est aboli dans le membre inférieur droit, le membre inférieur gauche peut encore se mouvoir, mais d'une façon presque imperceptible. La sensibilité y est plus profondément compromise qu'à droite. Les plus forts pincements sont à peine perçus et ne provoquent aucun mouvement réflexe ; à droite au contraire le chatouillement et les excitations cutanées légères réagissent sur les muscles par action réflexe. Quand ces excitations sont un peu plus fortes, elles sont perçues. Les sensations de pesanteur, de pression, de température, de flaccidité ou de consistance sont presque abolies des deux côtés.

Sur le tronc les lésions de la sensibilité présentent de l'irrégularité dans leur distribution : Au-dessous de l'ombilic, analgésie et anesthésie très-accusées. — Au-dessus de l'ombilic les diverses sensibilités existent des deux côtés ; mais elles sont très-émoussées dans toute la moitié droite du corps. — Elles sont égales et intactes à la tête et dans les deux membres supérieurs, qui ont conservé leur mobilité.

Depuis 4 ou 5 jours le malade est tourmenté par des accès de douleurs extrêmement vives, dont le foyer occupe la partie moyenne et centrale de la cuisse gauche. Ces accès se reproduisent trois ou quatre fois dans les 24 heures et durent chacun 2 heures environ.

La rachialgie n'a pas diminué ; elle est spontanée, diffuse tout le long de l'épine, mais surtout forte dans la ré-

gion dorso-lombaire. Elle est exaspérée par le redressement du tronc, qui cause d'intolérables douleurs. Aussi le malade est-il forcé de rester couché sur le dos, sans pouvoir se retourner sur l'un ou l'autre côté.

La céphalalgie a diminué ; les nuits sont meilleures. Les facultés intellectuelles et morales restent dans un état satisfaisant, et tous les phénomènes morbides se concentrent sur la moelle épinière.

Température normale ; pouls régulier ; oppression moindre. Amaigrissement. Sécheresse cutanée, flaccidité de tous les tissus. — Aucune manifestation syphilitique apparente.— Pas de salivation, malgré les frictions. Iodure de potassium, 4 grammes.

Du 23 février au 23 mars l'état du malade s'est considérablement aggravé. — Le sentiment du besoin d'évacuer les urines et les matières fécales a progressivement diminué, puis disparu, et leur excrétion est devenue involontaire. Une large eschare n'a pas tardé à se former sur le sacrum, et ensuite sur le grand trochanter droit.

Amaigrissement, teinte de plus en plus cachectique.

La paralysie musculaire est complète dans les extrémités inférieures.

Le 22 mars je constatai que les mouvements réflexes pouvaient être provoqués encore, mais du côté seulement où l'impression avait été produite.

Douleur à la percussion tout le long de la moelle épinière.

Sensibilité très-obtuse et presque abolie dans les membres inférieurs, intacte dans les supérieurs.

Toujours quelques oppressions nocturnes. Sommeil un peu meilleur. — Intelligence nette.

Dans le genou gauche, épanchement non inflammatoire considérable.

Digestions assez bonnes. (L'iodure de potassium a été continué jusqu'ici à la dose de 6 grammes par jour, ainsi que les frictions mercurielles. Je fais cesser les frictions.)

1er avril (106e jour des accidents cérébro-spinaux, 13e mois de la syphilis):

Le malade peut imprimer un très-faible mouvement de flexion à la jambe gauche sur la cuisse, et à la cuisse sur le bassin. Autrefois ce membre était absolument immobile, comme le droit, dont la paralysie musculaire est toujours complète. — Tout le membre inférieur gauche est souvent agité de mouvements involontaires. L'excitation cutanée provoque des mouvements réflexes des deux côtés.

La sensibilité est considérablement affaiblie mais non éteinte dans les deux extrémités inférieures, et sur le tronc jusqu'à une ligne horizontale passant par le voisinage de l'ombilic. Elle paraît du reste un peu émoussée partout.

Des douleurs parcourent parfois les membres inférieurs dans toute leur étendue jusqu'à la plante des pieds. — Pas de douleurs en ceinture. Plus de suffocations. — Le sommeil est un peu revenu.

Il n'y a aucun trouble fonctionnel notable du côté de l'encéphale.

Les eschares contribuent beaucoup à affaiblir les forces et à aggraver l'état cachectique. De temps en temps surviennent irrégulièrement quelques accès de fièvre avec frissons. Après chaque repas une rougeur comme scarlatineuse envahit toute la surface cutanée.

Le malade continue à prendre 6 grammes d'iodure de potassium par jour.

XIII

Vers le milieu du mois d'avril l'état du malade, qui était resté à peu près stationnaire, s'aggrava sensiblement et il mourut le 20. J'étais alors absent de Paris. Mon excellent interne M. Gauderon a recueilli l'observation pendant les derniers jours ; il a fait et rédigé l'autopsie, à laquelle je n'ai pas assisté. Je reproduis textuellement les notes qu'il a bien voulu me communiquer :

« Vers le 9 avril, le malade éprouva dans les membres inférieurs des mouvements rapides, involontaires, douloureux, ne durant que quelques secondes ; c'étaient de véritables convulsions passagères.

« Le 17 avril, je trouve le malade dans l'impossibilité d'écarter les mâchoires, mais n'éprouvant aucune douleur. Je constate qu'il n'y a ni luxation, ni fracture de la mâchoire, ni paralysie du muscle masticateur. Songeant alors à un trismus, je cherche si les muscles de la mâchoire sont très-durs et contracturés ; la contracture ne me paraît pas évidente. (Iodure de potassium 8 grammes, bouillons. Le malade avale assez facilement.)

« 18 avril. — Impossibilité d'écarter les mâchoires. — Contracture des muscles de la nuque, permettant de soulever le malade, en passant la main au-dessous de l'occiput, sans faire fléchir la tête en avant. — Peu de douleur. — Grande difficulté dans la déglutition. — Le malade sent ses membres supérieurs s'engourdir ; ils ne présentent cependant rien d'anormal. — Même état des membres inférieurs. Pouls 100. — Respiration facile, au dire du malade; je constate cependant qu'elle est peu étendue et que la respiration costale est surtout très-faible, presque imperceptible.

« (Bouillons ; thé au rhum. Julep avec 6 grammes de chloral ; on supprime l'iodure de potassium.)

« A 4 heures du soir :

« Pouls 104, respiration 32, température 37°5 ; on donne un second julep avec 6 grammes de chloral pour la nuit.

« 19 avril, au matin. — Le malade a beaucoup souffert, dans la nuit, d'une rétention d'urine ; depuis plusieurs semaines il avait au contraire de l'incontinence vésicale et anale. — On extrait par le cathétérisme 2 litres 1/2 à 3 litres d'urine. Pendant l'opération, le moindre attouchement de l'abdomen et de la partie antérieure des cuisses occasionne des convulsions douloureuses et très-rapides des muscles correspondants. Le malade est dans le décubitus dorsal, la tête fortement étendue, la mâchoire contracturée. Pendant la nuit il a eu des soubresauts douloureux dans les membres inférieurs et des douleurs dans les muscles contracturés des mâchoires et de la nuque. — Contracture de l'orteil du pied gauche. — Difficulté croissante de la déglutition. Rejet des liquides qu'on essaye de faire avaler, par suite des mouvements convulsifs de l'œsophage et du pharynx.

« Ce qui cause le plus de souffrance au malade, ce sont les secousses douloureuses qu'il éprouve dans les muscles des jambes, des cuisses et dans l'abdomen. Les membres supérieurs sont inertes. — Pouls, 120. Respiration, 28 à 30, avec des mouvements costaux presque imperceptibles.

« On reprend l'iodure à la dose de 8 grammes. — Continuation de 10 grammes de chloral. — Injections sous-cutanées de morphine dans les muscles qui se convulsent.

« Le 19 à 4 heures du soir, même état. Le malade répond nettement, comme il l'a toujours fait, du reste, aux questions qu'on lui pose. La contraction des muscles

des membres paraît être la même ; celle des muscles de la nuque est diminuée. — Dyspnée ; dysphagie extrême. Pouls, 96 à 100. Respiration, 24.

« L'état du malade va en s'aggravant ; ses yeux présentent déjà une déviation dans la convergence des axes visuels. Il meurt à 2 heures du matin, le 20 avril (109e jour des accidents cérébro-spinaux, 13e mois de la syphilis). Malgré la dose énorme de chloral, il n'a jamais été endormi.

XIV

« Autopsie faite vingt-huit heures après la mort, le cadavre étant très-bien conservé. — Deux eschares : l'une au-dessous du trochanter droit, ayant les dimensions de la paume de la main, de 3 à 4 centimètres de profondeur, n'allant pas jusqu'aux os ; l'autre au niveau du sacrum, s'étendant jusqu'à cet os qui est altéré à sa surface, ramolli et friable.

« Le cerveau est d'abord enlevé ; il y a une grande quantité de liquide céphalo-rachidien normal, 150 à 200 grammes à peu près. La pie-mère est saine, la dure-mère également dans toute son étendue.

« La surface interne de la boîte crânienne ne présente rien d'anormal, aucune saillie. Sur sa surface externe, il existe une tumeur osseuse, de la dimension d'une amande aplatie et fondue par une pente insensible avec les os voisins, siégeant au niveau de la suture occipito-pariétale gauche.

« Après l'ablation de la moelle épinière, on constate que le canal médullaire, qui est examiné avec le plus grand soin, n'offre ni en dedans, ni en dehors, aucune saillie. Il est rempli de sang dans sa moitié inférieure, surtout vers la queue de cheval.

« La moelle, recouverte de son enveloppe, est blanchâtre à sa partie supérieure. — Au niveau de la queue de cheval, dans la pointe correspondante à l'eschare, les nerfs sont recouverts d'une couche d'un gris rougeâtre semblable à du pus. A ce même niveau, les enveloppes de la moelle, les nerfs de la queue de cheval, les vertèbres, la moelle épinière sont rouges, injectés et paraissent enflammés. Il semble donc que l'inflammation se soit propagée de l'eschare aux parties voisines, englobant les parties malades, c'est-à-dire les os, les enveloppes de la moelle et les nerfs de la queue de cheval.

« La dure-mère rachidienne est incisée sur-le-champ dans toute sa longueur : la moelle, recouverte de la pie-mère, ne présente de vascularisation très-marquée en aucun point.

« La moelle et le cerveau sont mis dans de l'eau alcoolisée pour être examinés ultérieurement.

« *Cœur* sain ; *aorte* également.

« *Poumon :* deux masses tuberculeuses, caséeuses au sommet gauche, du volume d'une noisette ; au sommet droit un tubercule du volume d'un pois. Lobes inférieurs congestionnés.

« *Foie* normal. — Reins, rate, testicules également sains.

« Le 25 avril, *examen de la moelle et du cerveau.* Ces deux organes on subi dans l'alcool un ramollissement cadavérique. — On ne trouve dans le cerveau aucune lésion.

« La moelle, fendue par le milieu dans toute sa longueur, ne présente rien d'anormal, sinon à 7 ou 8 centimètres au-dessus de sa terminaison. A ce niveau, malgré le ramollissement de l'organe, on remarque une injection vasculaire qui contraste avec l'aspect exsangue du reste de la

moelle. De plus, de chaque côté de la coupe, à ce niveau, la moelle fait une saillie évidente.

« Le ramollissement est tel, qu'il est impossible de dire au juste ce qui existait à ce niveau, ni de faire l'examen microscopique. La dure-mère ne présente ni lésion ni adhérence avec la moelle. »

XV

C'est donc un ramollissement de la moelle épinière qui a été la conséquence et le terme de ce long processus dont on a pu suivre pas à pas toutes les phases, à mesure qu'il atteignait ou abandonnait les différentes régions de l'axe cérébro-spinal.

L'état cachectique que l'on observe si fréquemment dans la syphilis viscérale avait débuté depuis longtemps, lorsque la paraplégie confirmée est venue l'aggraver d'une façon alarmante. Dans les derniers temps, la nutrition était profondément troublée. Il ne faudrait pas attribuer les larges eschares du sacrum et de la hanche à la seule pression du corps sur ces parties; l'imperfection croissante des fonctions plastiques doit avoir une large part dans l'étiologie de ce redoutable accident.

Parmi les phénomènes qu'on pourrait rapporter à la même cause, je crois qu'il faut placer aussi l'épanchement qui s'est produit dans le genou gauche, un mois environ avant la mort. Il est l'analogue des hydrothorax si communs dans la période intense de toutes les cachexies. L'abolition presque complète des fonctions nerveuses dans la moitié inférieure du corps est encore une cause d'affaiblissement de la nutrition.

Un trouble de la circulation capillaire qui me paraît

indiquer la perturbation profonde de l'innervation spinale et de l'innervation du grand sympathique, c'est cette curieuse rougeur scarlatineuse de toute la surface du corps après les repas.

Je ne veux pas entrer ici dans des considérations de physiologie pathologique, qui trouveront mieux leur place ailleurs. Elles ne différeraient guère du reste de celles que suggère toute paraplégie, quelle qu'en soit l'origine.

Il y a cependant quelques particularités dignes d'être signalées. Ainsi la paralysie était plus prononcée dans le membre inférieur droit que dans le membre inférieur gauche, quoique ce dernier eût été atteint dans l'hémiplégie gauche qui a caractérisé la 2e détermination de la syphilis sur le cerveau.

La diminution de la sensibilité a été progressive comme les autres accidents, et a suivi une marche ascendante jusqu'à ce qu'elle eût atteint l'ombilic. L'excitation cutanée, quoique non perçue, provoquait des mouvements réflexes qui sont devenus plus rapides, plus étendus et plus vifs à mesure que la motilité a été plus profondément atteinte.

L'anesthésie et l'affaiblissement des diverses sensibilités paraissaient plus considérables à gauche qu'à droite, c'est-à-dire étaient en raison inverse des lésions du mouvement.

Malgré l'anesthésie, des douleurs spontanées très-violentes parcouraient toute la région de l'épine et se propageaient vers les extrémités inférieures. — Après la céphalalgie, après la sternalgie, il y a donc eu un troisième foyer douloureux, la rachialgie, qui a poussé des irradiations dans le tronc et les branches du sciatique et du crural des deux côtés.

La marche des accidents a été progressive. Cependant trois semaines avant la mort il s'est produit une espèce d'amélioration qui n'a duré que quelques jours. C'est à peu près vers cette époque qu'une notable modification survint dans le mode symptomatique du processus. Jusque-là les phénomènes de dépression nerveuse avaient existé seuls. Dix jours avant la mort, des convulsions et des contractures se manifestèrent non-seulement dans les membres paralysés, mais dans d'autres dont la motilité n'avait pas encore été atteinte.

Ainsi, outre les mouvements saccadés, rapides, involontaires et douloureux qui agitèrent les jambes et les cuisses, il y eut un véritable trismus, puis de l'opisthotonos et enfin une sorte d'état spasmodique du pharynx et de l'œsophage, etc., etc. Cet ensemble de phénomènes dépendait-il d'un changement dans le processus ou indiquait-il que de nouveaux désordres étaient survenus? L'autopsie permit de répondre à cette question. Il existait en effet une hémorrhagie dans la partie inférieure du canal rachidien.

Ce canal communiquait avec l'escharе du sacrum, et il est très-probable que l'épanchement du sang ou des autres produits morbides dans l'intérieur du rachis, qui en a été la conséquence, a donné lieu à ces accidents ultimes de méningite spinale.

Quoi qu'il en soit de cette explication, il faut avouer que les lésions de l'axe cérébro-spinal n'ont pas été aussi étendues ni aussi graves qu'on aurait pu le supposer. Ainsi les parois osseuses du crâne et du rachis, et les enveloppes membraneuses du cerveau et de la moelle étaient parfaitement intactes. On n'a découvert aucune altération dans le cerveau. La moelle seule était ramollie vers son extrémité inférieure. L'examen microscopique a été malheureusement fort incomplet. Je n'ai pas assisté à l'autopsie; on a voulu conserver les pièces pour me les faire voir, et, quand j'a

pu les examiner, elles étaient trop profondément altérées par la macération pour se prêter à une étude approfondie du ramollissement.

Mais, en l'absence de toute autre lésion, c'est bien celle-là qu'il faut admettre. Elle est assez commune du reste dans les affections syphilitiques des centres nerveux. C'est une des lésions les plus graves. Si j'en juge d'après les résultats du traitement, qui ont été à peu près nuls chez mon malade, je crois que le mercure et l'iodure de potassium, même à de hautes doses, ne peuvent ni la prévenir, ni la guérir.

Observation V

Syphilose circonscrite du cerveau.

Chancre infectant suivi au bout de deux mois et demi de roséole et de plaques muqueuses.

Au 12e mois de la syphilis, insomnie et céphalée prodromiques de l'encéphalopathie, etc.; traitement par l'iodure de potassium. — Après deux mois de prodromes, attaque apoplectiforme d'hémiplégie de tout le côté gauche. Troubles intellectuels. Agitation, céphalalgie. — Insomnie, paralysie de la sensibilité. — Plaques muqueuses buccales.

Amélioration vers le 16e jour de l'encéphalopathie. Persistance de l'insommie et des troubles intellectuels. Boulimie.

Au 76e jour de l'affection encéphalique, guérison incomplète. Plus de troubles intellectuels, insomnie. — Affaiblissement de tout le côté gauche. — Douleurs et crampes dans les bras et dans les jambes (17e mois de la syphilis).

I

M. L... (Albert), âgé de 24 ans, employé, entré le 25 octobre 1872 dans mon service à l'hôpital du Midi, chambre

payante n° 6, d'une bonne santé habituelle et d'une assez forte constitution. En février et mars 1870, il a été atteint d'une variole excessivement grave. On ne trouve dans son passé aucune trace de maladie constitutionnelle héréditaire ou acquise.

Au mois d'août 1871, le malade, qui n'avait eu jusqu'alors aucune maladie vénérienne, contracta un chancre infectant. — On lui prescrivit des pilules de proto-iodure d'hydrargyre ; il en prit une quotidiennement pendant 150 jours. Il fit aussi usage pendant plusieurs mois d'iodure de potassium. En somme, il suivit un traitement spécifique et régulier qui fut habilement dirigé par M. le Dr Châtillon. L'induration, paraît-il, était énorme ; elle fut très-longue à disparaître. Quant aux accidents consécutifs, ils se manifestèrent dans le mois d'octobre, c'est-à-dire environ deux mois et demi après l'apparition du chancre, et consistèrent en roséole papuleuse, plaques muqueuses de la gorge, de la langue, des lèvres et des bourses. Ils furent peu graves, mais très-tenaces, quoique le traitement spécifique eût été commencé et poussé avec vigueur longtemps avant leur invasion. Les plaques muqueuses récidivèrent et ne disparurent qu'à la suite de cautérisations répétées. Cependant en janvier et février 1872 le malade se trouva assez bien pour cesser tout traitement.

Vers le milieu du mois d'août, un an juste après le début du chancre, M. L... fut pris, sans cause occasionnelle appréciable, d'un violent mal de tête occupant le front et les tempes, continu, mais avec des exacerbations atroces que le malade compara à des coups de tampon dans la tête. Il reprit alors de l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour, ce qui lui procura quelque soulagement, un peu de sommeil surtout, dont le privait l'attaque de céphalée nocturne. Les maux de tête ne tardèrent

pas à revenir aussi violents que les premiers jours. Ils étaient surtout atroces pendant la nuit et dans les endroits clos, et ils atteignaient parfois un tel degré d'intensité que le malade présentait quelque trouble dans les facultés intellectuelles. Ces phénomènes s'accusèrent principalement au commencement d'octobre et ils inspirèrent de sérieuses inquiétudes à son frère, de qui je tiens ces détails.

Ces inquiétudes n'étaient que trop justifiées, car, dans la nuit du 23 au 24 octobre, le malade éprouva des douleurs de tête encore plus atroces que d'habitude, et, le matin en se levant, il fut pris de vertiges, d'éblouissements, et tomba, puis se releva à plusieurs reprises, mais sans perte de connaissance et sans convulsions. Bientôt il s'aperçut que le côté gauche de tout le corps était plus faible que le droit. La paralysie du bras gauche surtout était presque complète. Les facultés mentales étaient aussi atteintes; il n'avait pas bien ses idées, et il se serait présenté à peu près nu dans son magasin, si son frère ne l'avait arrêté à temps.

Au moment de son entrée, c'est-à-dire le lendemain de l'attaque, le malade présentait l'état suivant : Tout le côté gauche du corps est paralysé; la paralysie est plus prononcée au membre supérieur qu'au membre inférieur; cependant elle n'est pas encore complète, et l'avant-bras et les doigts peuvent exécuter quelques faibles mouvements. La station debout et la marche, quoique très-difficiles, sont encore possibles.

L'hémiplégie faciale est extrêmement prononcée : la joue gauche est flasque; la bouche extrêmement déviée à droite, surtout pendant que les muscles de la face sont en jeu. Impossibilité de siffler. Pas de paralysie de la paupière supérieure, pupilles mobiles et normales.

La sensibilité est obtuse dans tout le côté gauche : les perceptions du contact, de la douleur, de la température

paraissent également affaiblies, plus lentes et moins nettes qu'à l'état normal.

Le malade est en proie à une agitation très-grande. (On lui a mis la veille des sangsues à la tempe droite.) Il se remue incessamment dans son lit, jette ses couvertures de côté et d'autre, et prend les attitudes les plus singulières. Il se plaint toujours d'une céphalalgie fronto-temporale continue avec exacerbations qui le prive de tout sommeil ; il a en outre des vertiges, des étourdissements, etc., mais aucun phénomène de contracture, ni aucun accident épileptiforme.

Parole embarrassée , lente, difficile à comprendre parfois ; impossibilité de trouver ou d'articuler un grand nombre de mots. Hébétude de l'intelligence, diminution de la mémoire.

Langue blanche; digestions faciles, pas de vomissements, selles régulières; rien du côté du poumon ni du cœur, pas de fièvre.

Il existe sur le corps quelques petites macules laissées par la roséole papuleuse. Ganglions cervicaux spécifiquement indurés, quelques plaques muqueuses dans la bouche.

Je prescrivis 0,10 cent. de calomel à prendre en dix fois, et 2 grammes de chloral.

28 octobre (4e jour de l'hémiplégie). — Les maux de tête continuent et l'insomnie n'a pas été vaincue par le chloral. Un peu moins d'agitation. Les phénomènes paralytiques sont plus prononcés qu'il y a trois jours : ainsi l'avant-bras et les doigts, qui pouvaient exécuter quelques mouvements, sont réduits à une immobilité presque complète.—Déviation de la bouche à droite plus considérable.

Les facultés intellectuelles suivent la même marche que les autres troubles nerveux. Il arrive souvent que le ma-

lade débite des propos incohérents et stupides. C'est une sorte de divagation tranquille qui ne s'élève pas jusqu'au délire et qui ne survient que par accès. (Sirop de bi-iodure ioduré, 2 cuillerées à bouche.)

Ce médicament ne fut pas toléré et au bout de deux jours je prescrivis séparement l'iodure de potassium et l'hydrargyre, le premier à la dose de 5 grammes, le second à la dose de 0,06 cent. Puis je fis établir un séton à la nuque.

Les jours suivants il y eut un état stationnaire qui se prolongea sans grands changements jusqu'au 2 ou 4 novembre.

A partir de cette époque (12e jour de l'hémiplégie), il survint une amélioration graduelle, très-lente, presque insensible du jour au lendemain, mais fort appréciable lorsqu'on se reportait à quelques jours en arrière.

Ainsi le 8 novembre (16e jour de l'hémiplégie), je conconstatai l'état suivant : Le malade s'exprime avec facilité et trouve tous les mots dont il a besoin ; il n'y a donc plus aucun symptôme d'aphasie ; son intelligence est plus alerte et plus lucide, sa mémoire moins hésitante. Il a repris sa gaieté, cause, rit et sort manifestement de cette torpeur qui a pesé sur toutes ses facultés psychiques pendant les premiers jours qui ont suivi l'attaque. — Rien du côté des organes des sens.— Encore un peu d'enfantillage et d'incohérence dans les propos. Hallucinations faibles ou rêves dans le demi-sommeil.

La bouche est toujours considérablement déviée à droite. Une autre déviation dont je n'ai pas encore parlé et qui existe cependant depuis le début, c'est celle de la langue ; quand le malade tire cet organe hors de la bouche, on voit que sa pointe se dirige en dehors et à gauche et qu'elle dépasse la ligne médiane de la face et non pas seu-

s, qui est asymétrique. La luette se
s la direction normale.
a plus notable s'est produite du côté des
ux de totalité du membre supérieur sont
s doigts se meuvent et se contractent assez
une façon sensible.—La station debout et la
sont pas encore aussi solides et aussi dégagées
normal; néanmoins, le malade, tout en boitant et
ant un peu, va et vient dans sa chambre, quand on
met à cet exercice.
a sensibité paraît également moins obtuse.—Céphalée
ujours très-violente et diffuse. Vertiges et étourdisse-
ments.

Rien du côté des autres organes splanchniques. L'appétit devient très-grand. Digestions excellentes; selles régulières. Pouls et respiration calmes. (0,06 c. de proto-iodure, 6 gr. d'iodure de potassium.—Le séton suppure beaucoup.) Le traitement est bien toléré.

13 novembre (21e jour de l'encéphalopathie). — Le malade a un appétit extraordinaire, une véritable boulimie, et digère parfaitement. Son état est à peu près stationnaire.

Les facultés intellectuelles s'améliorent relativement moins vite que la mobilité et la sensibilité. Il tient toujours des propos incohérents, bizarres, ridicules, et éprouve des demi-hallucinations (n'a pas d'habitudes alcooliques) et même quelquefois des hallucinations véritables, mais fugaces et très-faciles à dissiper.

18 novembre (26e jour de l'encéphalopathie).—Un mieux très-sensible s'est produit dans l'état moral et physique du malade. Il ne radote plus et parle toujours sérieusement et d'une façon raisonnable. La force musculaire vient dans les parties paralysées. L'appétit a diminué. Toujours même traitement.

20 novembre (28e jour de l'encéphalopathie).—Le mieux

qui s'est déclaré très-brusquement il y a deux jours continue et augmente. Le malade se promène dans sa chambre et monte seul l'escalier. Il lève le bras gauche sans le secours du droit et le porte au niveau de la tête. La bouche est beaucoup moins déviée ; la physionomie devient plus naturelle. L'état général est satisfaisant. L'insomnie persiste, mais sans douleur de tête.

1er décembre (28e jour de l'encéphalopathie). — Il est survenu quelques douleurs vagues dans la jambe gauche au niveau des articulations et une difficulté plus grande pour marcher. Tout le membre inférieur paraît plus faible que les jours précédents; la claudication est plus prononcée.— L'amélioration n'a pas fait de grands progrès depuis huit ou dix jours. Le malade prend la même dose d'iodure et d'hydrargyre ; il est toujours privé de sommeil, quoiqu'il ne souffre plus de la tête. La paralysie du bras gauche et de la face est stationnaire. L'état mental n'a pas changé et reste toujours satisfaisant. Santé générale bonne.

Au moment de sa sortie, qui eut lieu le 8 janvier 1873, (76e jour de l'encéphalopathie), M. L... se trouvait dans l'état suivant: Insomnie presque complète. Les phénomènes de l'hémiplégie persistent à peu près au même degré que dans le mois précédent. Crampes dans la jambe gauche, principalement pendant la nuit. Claudication, bouche déviée, un peu d'embarras de la parole, appétit féroce. Pas de céphalée. Aucun accident syphilitique. Rien du côté des organes des sens. Je lui conseillai d'aller à la campagne achever sa convalescence ; il m'écrivit un mois après qu'il dormait toujours très-peu, qu'il éprouvait des douleurs très-pénibles dans le bras gauche, que la faiblesse de la jambe n'avait point disparu et que l'estomac était toujours excellent. Je n'ai pas eu de ses nouvelles depuis cette époque (1).

(1) Depuis que ces lignes ont été écrites, j'ai revu M. L... vers la

II

Si le tableau symptomatique n'est ici ni aussi riche ni aussi varié que dans l'observation précédente, il a une valeur tout aussi grande au point de vue du diagnostic. Les phénomènes de l'encéphalopathie, pour avoir été relativement tardifs, puisqu'ils n'ont pas fait partie de la première poussée syphilitique, n'en sont pas moins significatifs. Le malade portait du reste sur la peau et présentait sur la muqueuse buccale des traces d'anciennes lésions et des accidents nouvellement survenus. Le traitement hydrargyrique et ioduré, institué dès le début, longtemps suivi et pressé avec vigueur, n'avait rien empêché. Les manifestations n'en sont pas moins survenues à leur heure et comme par une fatalité inéluctable.

A quoi a servi l'iodure de potassium administré pendant cette longue période prodromique, qui annonçait déjà par la persistance et la gravité de ses symptômes qu'une lésion grave était en train de s'élaborer au sein de la masse encéphalique? Sans doute la céphalalgie en a été momentanément diminuée; mais au bout de quelques jours elle est revenue plus violente que jamais jusqu'au moment de l'attaque. Peut-être, il est vrai, les résultats thérapeutiques eussent-ils été plus sensibles si, au lieu de donner 2 grammes d'iodure, on eût d'emblée porté la dose à 4, 5 et 6 grammes, comme on doit toujours le faire en pareil cas. Je crois aussi qu'il eût été opportun d'associer l'hydrar-

fin de l'année 1874. Il ne lui était survenu aucun nouvel accident pouvant être rattaché à la syphilis. Ceux qui provenaient de l'encéphalopathie étaient à peu près complétement guéris. Toutefois, M. L... conservait encore dans les deux membres gauches autrefois paralysés un peu de faiblesse, d'inaptitude fonctionnelle, des douleurs en urinant, irrégulièrement intermittentes, etc. C'est un de ceux qui ont le mieux guéri.

gyre à l'iodure de potassium, pour enrayer plus sûrement, si cela était possible, l'action syphilitique établie sur le cerveau.

Toujours est-il qu'après deux mois de phénomènes prémonitoires le malade fut frappé d'une véritable attaque d'apoplexie. Il tomba subitement paralysé de tout le côté gauche. Cette attaque ressemblait plus à celle du ramollissement qu'à celle de l'hémorrhagie cérébrale. Les troubles intellectuels en effet ont été très-prononcés et il n'y a pas eu perte de connaissance. D'ailleurs le processus symptomatique a présenté, pendant toute la durée de l'affection, la plus grande analogie avec celui du ramollissement cérébral. L'hémiplégie ne s'est amendée que très-lentement et, vers la fin, les deux membres supérieur et inférieur sont devenus le siége de douleurs irradiantes et de crampes. Les troubles psychiques caractérisés par la stupidité, l'incohérence des idées, l'enfantillage des propos et des actes n'accusent-ils pas un ramollissement plutôt qu'une hémorrhagie cérébrale franche, etc., etc.?

Ce malade a donc été frappé, au 14e mois de la syphilis, d'une attaque de ramollissement cérébral. Où siégeait la lésion? dans l'hémisphère droit. Elle y est restée concentrée, du moins pendant tout le temps que le malade a été soigné par moi; et j'ai été étonné de ne pas observer quelques troubles trahissant l'existence d'un ou de plusieurs autres foyers morbides, comme cela est habituel dans la plupart des syphiloses cérébro-spinales.

Si la diffusion a fait défaut, le travail morbide semble avoir acquis en se limitant une force désorganisatrice considérable. La pulpe cérébrale, je n'en doute pas, a été profondément atteinte, et je ne serais pas étonné qu'il fût impossible d'arriver à une guérison complète. L'amélioration n'a jamais été bien franche; elle paraît avoir été amenée par

le cours naturel des choses, plutôt qu'obtenue par le traitement spécifique. Parmi les caractères particulièrement syphilitiques de cette encéphalopathie, je signalerai : l'insomnie que rien n'a pu vaincre, les céphalées nocturnes et la boulimie. Ce phénomène morbide, survenu presque tout à coup vers le 21e jour de l'affection, dépendait sans doute en partie du besoin de réparation qu'avait l'organisme ; mais il était cependant si excessif qu'on pouvait y voir une perversion névropathique de l'appétit naturel ou de celui de la convalescence. Je ferai remarquer en terminant que l'embarras de la parole a été très-peu prononcé ; cependant le système musculaire de la langue a été touché par la paralysie, puisque cet organe était fortement dévié à gauche.

Si l'aphasie a été nulle, insignifiante et fugace dans le cas précédent, on la verra dans l'observation suivante portée au plus haut degré, pendant tout le processus de l'encéphalopathie.

Observation VI

Syphilose cérébrale circonscrite. — Aphasie et hémiplégie droite.

Chancre infectant suivi d'accidents cutanés et muqueux de moyenne intensité, traités pendant 6 mois.

Au 10e mois de la syphilis, attaque brusque d'aphasie et d'hémiplégie droite. — Du premier coup l'aphasie est complète.— L'hémiplégie, au contraire, est graduelle et n'augmente que peu à peu. — Trouble peu prononcé des facultés intellectuelles.

Vers le 9e jour de l'encéphalopathie, diminution des accidents paralytiques. — Ils ne disparaissent pas et le malade reste infirme.

L'aphasie ne subit que des modifications insignifiantes, et est presque complète.

Au 9e mois de l'encéphalopathie, au 19e de la syphilis, le malade, sans avoir subi de nouvelles attaques, est encore complétement aphasique et à moitié paralytique du côté droit.

I

M. F.... (Charles), âgé de 35 ans, journalier, contracta au mois de juin 1872 un chancre infectant situé sur les bourses, dont il fut guéri au bout de trois semaines. Je lui fis suivre à ma consultation de l'hôpital du Midi, puis dans mon service, un traitement spécifique qui fut pris sans interruption pendant six mois. Les premiers accidents consécutifs furent insignifiants et passèrent inaperçus. — Malgré la médication hydrargyrique, le malade eut en janvier 1873 (7e mois de la maladie) des plaques muqueuses de la bouche et de la gorge, et en février une éruption de petites papules, réunies en groupes arrondis ou ovalaires disséminés sur toutes les parties du corps.

Le 4 mars 1873, le malade entra pour la seconde fois dans mon service, et mon interne, M. Gauderon, nota chez lui l'état suivant :

Syphilide papulo-squameuse occupant le menton, le cou, le dos, les avant-bras, constituée : 1° par des papules rosées, isolées, recouvertes de squames; 2° par des groupes de papules réunies en cercles pleins ou en demi-lunes et également squameuses. Il existait en outre une roséole maculeuse disposée par plaques de l'étendue d'une pièce de un franc, sur le ventre et sur la poitrine.—Peu d'adénopathie, vestiges de plaques muqueuses sur les bourses. Je prescrivis des bains de sublimé et des frictions mercurielles. Le 12 mars, le malade sortit sur sa demande et avec une amélioration notable.

II

Le 23 mai 1873 (10e mois de la syphilis), il se présenta à ma consultation, et me fit comprendre par signes qu'il lui était impossible de dire un mot. Sa physionomie était hébétée et les traits de sa figure présentaient une légère déviation du côté gauche. Il marchait très-bien; mais les membres supérieurs, surtout le droit, paraissaient affaiblis, maladroits, et il eut beaucoup de peine à écrire son nom et son adresse. Quand je lui parlais, il me répondait à peu près bien par gestes plus ou moins significatifs. Je lui donnai un billet d'entrée, qu'il désirait. Au lieu d'attendre son inscription, il sortit et rentra chez lui, où le surveillant de mon service, qui avait bien voulu se mettre à sa recherche, le trouva au lit, avec la face vultueuse, rouge et une torpeur marquée de toutes les facultés intellectuelles.

Le lendemain, 24 mai, ce malade entra dans mon service à l'hôpital du Midi, salle 7, n° 2. Je constatai l'état suivant : La parole est à peu près complétement abolie, et se borne à des *oui* et à des *non* placés convenablement et qui prouvent que le malade comprend les questions qu'on lui adresse. Je parviens à recueillir de cette façon, et à l'aide des signes qu'il me fait, les renseignements que voici : Le 22 mai, au soir, il avait parlé comme d'habitude. C'est pendant la nuit que l'attaque d'aphasie est survenue, sans grande secousse, sans convulsions, sans perte de connaissance, etc. Il n'est pas possible d'obtenir d'autres détails. La marche n'est pas vacillante; la station sur le seul membre inférieur droit est facile et solide. Les deux bras paraissent affaiblis, le droit plus que le gauche. Les traits sont affaissés à droite et déviés du côté gauche. Les deux

pupilles sont égales et mobiles. Le malade se plaint de gêne, d'embarras dans la bouche et dans la gorge. Il n'accuse pas de mal de tête.

La cicatrice indurée du chancre est très-sensible au toucher sur les bourses, qui présentent en outre des traces de macules syphilitiques. Ganglions cervicaux et inguinaux hypertrophiés et indurés.

Sur les deux commissures des lèvres existent des plaques muqueuses en pleine activité.

Je prescris une cuillerée de sirop de bi-iodure ioduré et 2 grammes d'iodure de potassium.

Le lendemain 25 mai, le malade est resté couché ; il lui eût été impossible de se tenir debout ; l'hémiplégie droite est devenue en effet très-prononcée dans le membre inférieur, mais surtout dans le bras droit et encore plus à la face. L'aphasie est toujours complète.

Le 26 mai (4e jour de l'encéphalopathie), l'intelligence du malade était toujours à peu près dans le même état ; il comprenait les questions et y répondait par des signes, par des *oui* ou par des *non* imparfaitement articulés. Il ne savait pas ou ne pouvait pas tirer la langue. Sa physionomie restait hébétée, sans expression, et ses traits présentaient une déviation de plus en plus grande, surtout lorsque les muscles de la face entraient en jeu. Somnolence continuelle.

L'hémiplégie des deux membres du côté droit offrait les mêmes caractères que la veille, tout en étant un peu plus prononcée. Le bras droit restait complétement immobile ; la jambe pouvait être soulevée spontanément à environ 20 centimètres au-dessus du niveau du lit. Intégrité des mouvements dans le côté gauche. Sensibilité à peu près la même des deux côtés.

Quelques macules syphilitiques brunâtres disséminées

sur la peau. Pustule croûteuse sur la jambe droite, vers le tendon d'Achille. Plaques muqueuses aux deux commissures labiales.

27 mai. — Je compte le pouls pour la première fois, et je suis étonné de ne trouver que 44 pulsations; elles sont régulières. Peau fraîche, appétit ; somnolence surtout après les repas. Même état que la veille au point de vue de l'aphasie et de l'hémiplégie. Le 27 et le 29, les choses n'ont subi aucun changement. La médication prescrite dès son entrée est bien tolérée.

III

31 mai (9e jour de l'encéphalopathie). — L'état du malade s'est un peu amélioré : ainsi il peut remuer légèrement le bras droit et le soulever de quelques centimètres au-dessus du lit. La mobilité est la même dans la face et les membres inférieurs. — Impossibilité de dire autre chose que *oui* et *non*. La langue est mobile. Le malade comprend ; il est toujours hébété, mais la torpeur des facultés psychiques paraît avoir un peu diminué. Pouls à 40, régulier.

2 juin. — Le bras est redevenu immobile. Même état. 42 pulsations.

4 juin. — Un peu d'amélioration ; le bras droit peut être soulevé de 15 centimètres au-dessus du lit. Toujours aphasie complète. Hébétude ; somnolence après les repas. Le malade comprend tout ce qu'on lui dit. Son appétit est bon ; il tire bien la langue. Toujours le même traitement. Le pouls ne bat que 40 fois par minute.

9 juin (18e jour de l'encéphalopathie). — Amélioration notable dans l'état des parties paralysées. Le malade peut lever le bras et lui faire exécuter quelques mouvements. La jambe est toujours moins paralysée que le membre su-

périeur droit. — Sensibilité à peu près égale des deux côtés. — Déviation toujours extrême de la bouche à gauche.

Sommeil. — Ne se plaint pas de mal de tête. — Comprend tout ce qu'on lui demande; répond aux questions par signes, par *oui* ou par *non;* il paraît cependant qu'il prononce quelquefois un ou deux autres mots. Sa mémoire ne semble pas abolie.

Tolère bien le traitement. Pouls toujours à 40-44. — On commence à faire faire quotidiennement des frictions sur la partie interne et antérieure des cuisses. 4 grammes d'iodure de potassium.

11 juin. — Amélioration continue : le bras droit peut être élevé au-dessus de la tête, la jambe du même côté croisée sur celle du côté opposé. — Commence à murmurer quelques mots difficiles à comprendre. La paralysie est surtout prononcée sur la moitié droite de la face.— Le malade n'a aucun mal de tête et il dort bien, sans somnolence diurne. Toutes les fonctions végétatives s'exécutent régulièrement. Il lui est impossible de se tenir debout. — (Frictions mercurielles, 5 grammes d'iodure de potassium.)

Le 13 juin (22e jour de l'encéphalopathie).— Le malade est plus hébété que d'habitude ; il rit sans savoir pourquoi et n'exécute rien de ce qu'on lui ordonne, ou l'exécute de travers. — Aphasie toujours complète. Sommeil. — Même état de la motilité. Gencives un peu saignantes, mais pas encore de stomatite. Pouls toujours à 40-42.

Le 16 juin (25e jour des accidents cérébraux). — Malgré les frictions mercurielles, il n'a pas été possible d'obtenir jusqu'à présent la salivation. On donne tous les deux jours un bain sulfureux. L'amélioration continue et est devenue très-notable. La jambe droite fléchit toujours sous le poids du corps, ce qui empêche le malade de marcher sans être

soutenu. — Le bras paralysé commence à exécuter des mouvements de plus en plus étendus et variés; mais les doigts sont toujours à demi fléchis et immobiles. Même déviation de la bouche. Intelligence plus nette; physionomie plus éveillée. Toujours impossibilité de parler; ne prononce que quelques mots inintelligibles. La sensibilité est beaucoup moins paralysée que la contractilité musculaire. — Le chatouillement est vivement perçu; mais la sensibilité à la température est moindre dans le pied droit que dans le pied gauche. (Même traitement, qui est très-bien toléré.) — Appétit très-grand depuis deux jours. — Pas de maux de tête. Sommeil. — Le pouls est maintenant à 56-60; il est un peu inégal et irrégulier, sans intermittences. L'auscultation ne fait rien découvrir du côté du cœur. Toutes les fonctions organiques s'exécutent normalement.

23 juin. — Le malade peut maintenant se lever, se tenir debout et marcher un peu, mais en s'appuyant. — La jambe fléchit; claudication. Les mouvements des bras sont beaucoup plus étendus. — L'embarras de la parole est toujours grand et présente des intermittences; ainsi il y a des moments où le malade peut compter jusqu'à 10, et d'autres où il en est réduit à dire oui et non. — Au moindre mouvement le pouls augmente beaucoup de fréquence et s'élève à 80 et 100. — Dans le décubitus il est toujours assez lent. — Pas de salivation. — Même traitement.

IV

Quoique l'état du malade se fût sensiblement amélioré, surtout du côté de la paralysie musculaire, puisqu'il pouvait remuer le bras (mais non les doigts) dans tous les sens et marcher un peu, etc., cependant l'aphasie persistait. Il

comptait en allemand jusqu'à 10. Il éprouvait la plus grande difficulté à prononcer les mots de plus d'une syllabe. — Avec des lettres mobiles, il pouvait composer un mot.

Le 25 (37e jour de l'encéphalopathie), voyant que la salivation ne pouvait être obtenue par les frictions, je fis administrer tous les jours 0 gr. 10 c. de calomel, en 20 paquets. Il en résulta une légère purgation.

Le 26 juin. — Aucune salivation. Pouls 76. Le malade descend dans les jardins et se promène seul, sans appui.

27 juin. — Aucune salivation. — Purgation légère, pouls 72. Le malade se lève toute la journée. Il joue très-bien aux dominos. — L'aphasie n'a pas changé.

Les jours suivants, le calomel fut continué à doses réfractées; mais il fut impossible d'obtenir la salivation. Le dévoiement au contraire augmenta beaucoup et jeta le malade dans un grand état d'affaissement. Je suspendis toute médication spécifique et je prescrivis des toniques, du diascordium et du bismuth.

Le 4 juillet, la diarrhée avait cessé et le malade commençait à reprendre des forces.

Le 7, il voulut sortir (50e jour de l'encéphalopathie, 12e mois de la syphilis). La santé générale était à ce moment très-bonne. Il pouvait marcher sans appui, mais en inclinant tout le corps du côté droit. — La paralysie est toujours plus prononcée à la face que partout ailleurs. Puis vient celle des muscles moteurs des doigts, et en dernier lieu celle du membre inférieur droit. L'intelligence est relativement moins lésée que les autres fonctions nerveuses. — Quant à l'aphasie, elle reste à peu près toujours la même. Le malade dit oui et non et compte en allemand jusqu'à 20, mais il articule très-péniblement les mots de plus d'une syllabe et intervertit quelquefois l'ordre

des nombres ou répète le même plusieurs fois. La sensibilité de l'ouïe est à peu près intacte. La plupart des fonctions organiques s'exécutent normalement.

J'avais perdu ce malade de vue depuis sa sortie de l'hôpital lorsqu'il revint me demander un lit dans mon service, le 27 janvier 1874. Il est toujours aphasique, comprend assez vite tout ce qu'on lui demande, mais ne peut y répondre que par oui et par non. Aussi les renseignements qu'il fournit sont-ils nécessairement incomplets. Il dort bien et n'est pas sujet aux maux de tête; son état est resté à peu près stationnaire depuis que je ne l'avais vu. Il mange bien et sa santé générale est bonne. Il lui est survenu, dans le mois de janvier 1874, quelques cercles et quelques plaques de psoriasis syphilitique sur les bourses et sur le fourreau.

Il en a été rapidement guéri. Le 25 février (9e mois de l'encéphalopathie, 19e de la syphilis), le malade présente l'état suivant : Impossibilité d'articuler d'autres mots que oui et non. La langue cependant se meut en toute liberté. Le malade comprend très-bien tout ce qu'on lui dit, mais il ne peut exprimer sa pensée que par des gestes et par des oui et des non. Quoique l'hémiplégie droite soit toujours très-prononcée et le mette dans l'impossibilité de continuer son travail de journalier, il marche en claudicant et se sert un peu de son bras. Il ne peut se tenir sans le secours d'un appui sur la seule jambe droite. Ses doigts se meuvent difficilement, il tient mal une plume et ne parvient qu'avec la plus grande peine à écrire son nom, encore oublie-t-il quelques lettres. Sa mémoire est bonne. Sensibilité obtuse dans tout le côté droit; les diverses sensations causées par le froid, par le pincement, la traction des poils sont confuses et souvent confondues.—La température

est abaissée dans le côté frappé d'hémiplégie.—Il n'existe du côté des fonctions nerveuses, aucun phénomène d'excitation. Pas d'atrophie musculaire. — Le pouls est à 76, régulier. Il n'y a aucune lésion au cœur. Toutes les fonctions nutritives s'exécutent régulièrement. Les lésions cérébrales ont depuis longtemps cessé d'évoluer, et il y a plutôt infirmité maintenant que maladie.

V

C'est au 10e mois d'une syphilis de moyenne intensité et régulièrement traitée qu'a éclaté l'encéphalopathie, sans avoir été précédée, autant que j'en puis juger par le peu de renseignements que j'ai recueillis, de phénomènes tels que la céphalalgie et l'insomnie qui l'annoncent habituellement. L'attaque a eu lieu pendant la nuit. Du premier coup elle a aboli la parole qui n'est pas revenue depuis. En même temps il s'est produit un affaiblissement léger dans tous les muscles du côté droit. Cette hémiplégie a augmenté graduellement, et, au bout de trois jours, le malade pouvait à peine imprimer quelques mouvements aux membres supérieur et inférieur du côté droit, et la face était extrêmement déviée à gauche. L'intelligence était émoussée, mais beaucoup moins atteinte que la parole et la motilité. Quant à la sensibilité elle était lésée aussi, à un moindre degré que le mouvement.

Deux faits ressortent du début de ce processus encéphalopathique : le premier c'est la *sidération* de la faculté d'exprimer la pensée par des mots ; le deuxième c'est la coïncidence d'une hémiplégie droite contemporaine de l'aphasie, mais qui au lieu d'être portée d'emblée comme elle à son maximum d'intensité augmenta progressivement et

n'arriva qu'au bout de 4 ou 5 jours à l'abolition presque complète du mouvement.

Avant d'aller plus loin notons la lenteur remarquable du pouls qui est resté à 40-44, pendant les 25 premiers jours de l'encéphalopathie, puis a repris peu à peu sa fréquence normale pour la dépasser au moindre mouvement.

A partir du 9e jour, les accidents paralytiques diminuèrent d'une manière sensible, ainsi que la torpeur des facultés intellectuelles. Il y eut quelques alternatives de plus mal et d'amélioration; enfin, au bout de 30 ou 40 jours, le malade put se servir de son bras et de sa jambe, mais il n'arriva jamais à récupérer l'intégrité des mouvements, et de ce côté-là il est resté infirme.

L'amélioration fut beaucoup moins prononcée en ce qui concerne l'aphasie; elle eut lieu cependant, à un très-faible degré. Le malade arriva à compter jusqu'à 10 ou 20. — Aujourd'hui il en est réduit, comme au début, au *oui* et au *non*.

Que devons-nous conclure de tous ces faits? 1° que l'encéphalopathie était d'origine syphilitique, puisqu'elle s'est développée au 10e mois de cette maladie et pendant sa seconde période; 2° que la lésion qui l'a produite siégeait dans l'hémisphère gauche; 3° qu'elle avait interrompu les conducteurs qui unissent l'appareil où s'élabore la pensée verbale et l'appareil où cette pensée verbale s'exécute et s'exprime par des mots; 4° qu'elle avait interrompu également les conducteurs qui unissent à la moelle les foyers du cerveau où s'élabore la volonté. Les phénomènes psychiques ayant été relativement peu compromis par cette lésion, il est probable qu'elle occupait, non point la substance grise, mais le pédoncule cérébral gauche, dans

son trajet à travers le corps strié et la couche optique correspondants.

Quant à la constitution anatomique de cette lésion, il est difficile de dire ce qu'il en était. La soudaineté de l'attaque ferait supposer au premier abord qu'il s'agissait d'une hémorrhagie ou d'une embolie cérébrales. D'un autre côté, l'augmentation progressive de l'hémiplégie concorde mieux avec l'hypothèse d'une encéphalite circonscrite, d'un ramollissement, ou d'une sclérose syphilitiques. Une tumeur de la base du crâne aurait donné lieu à des troubles du côté de la vue. Toujours est-il que cette lésion, quelle qu'elle soit, a détruit d'une manière irrémédiable les parties qu'elle a envahies. Son activité paraît s'être épuisée avec ses premiers effets. Aujourd'hui le foyer morbide s'est éteint, et aucune détermination nouvelle ne s'est faite ou n'est en voie de se faire sur le cerveau, bien que la syphilis ne soit pas guérie, puisqu'elle a donné lieu tout récemment à quelques accidents cutanés.

Contre cette lésion de l'encéphale, la médication spécifique a été impuissante, et je ne sais s'il faut lui attribuer l'amélioration qui s'est produite du côté de l'hémiplégie. Qui me prouve qu'elle ne serait pas survenue spontanément? Il n'y a donc pas eu dans ce cas une action curative rapide, franche et incontestable. J'ai cherché à l'obtenir en provoquant la stomatite mercurielle, mais il m'a été impossible d'y réussir. Les frictions, l'administration du calomel à doses réfractées n'ont pas amené de salivation. Je terminerai en faisant remarquer qu'un traitement antisyphilitique continué pendant six mois n'a pas empêché la syphilose encéphalique de se produire.

Voici un autre cas bien curieux d'aphasie avec hémiplégie droite, dans lequel le processus a passé par les phases

les plus variées pour aboutir, comme dans le cas précédent, à une infirmité sans doute incurable :

Observation VII

Syphilose diffuse du cerveau. Aphasie et hémiplégie droite.

Chancre infectant contracté le 13 décembre 1871. — Deux mois après, en février 1872, accidents consécutifs légers et superficiels. Altération de la santé générale, moral très-affecté, pressentiments sinistres. Traitement spécifique institué dès le début du chancre.

Au 4e mois 1/2 de la contamination, aggravation des troubles psychiques qui deviennent décidément morbides.

Au 5e mois, névralgie faciale et violente du côté droit; guérison au bout de dix jours ; puis ulcérations à l'isthme du gosier; guérison en quinze jours. Persistance des troubles psychiques.

Au 6e mois de la contamination, deuxième attaque de céphalée névralgiforme siégeant à gauche. Insomnie. Symptômes d'un ramollissement cérébral, embarras de la parole, affaiblissement de la mémoire.

Au 7e mois de la contamination, attaque brusque d'aphasie et d'hémiplégie droite incomplète. Dès le sixième jour de l'attaque, amélioration. Elle continue en présentant des alternatives fréquentes, mais elle est lente, et au 5e mois de l'aphasie, la guérison n'est pas complète.

Au 14e mois de la contamination, deuxième attaque d'encéphalopathie précédée pendant huit ou dix jours de douleurs crâniennes occipito-pariétales à gauche. Elle est constituée par des phénomènes de congestion encéphalique qui se reproduisent plusieurs fois et donnent à l'affection la physionomie du ramollissement cérébral.

Au 18e mois de la contamination, troisième attaque d'en-

céphalopathie : troubles de la vue, diplopie tenant à un défaut d'accommodation de l'œil gauche. Phénomènes de collapsus et d'excitation dans les fonctions cérébrales. Aphasie, hémiplégie droite de plus en plus prononcée. Cette troisième attaque est constituée par une série de crises entrecoupées d'intermittences plus ou moins longues. Troubles psychiques plus accusés que dans les crises antérieures. Perte de la mémoire. Insomnie. Idées délirantes alternant avec des phénomènes de ramollissement. Diminution progressive des accidents cérébraux. La troisième attaque dure 4 mois. Guérison incomplète.

I

M. X...., âgé de 38 ans, marié et père de plusieurs enfants bien portants, jouissant lui-même d'une excellente santé, et n'ayant jamais eu aucune maladie héréditaire ou acquise constitutionnelle ou accidentelle; grand, blond, mais un peu lymphatique; bien constitué et très-vigoureux, vint me consulter dans les derniers jours du mois de novembre 1871 pour un mal de gorge survenu brusquement huit jours auparavant, avec un peu de fièvre et une douleur très-modérée sur la partie latérale du cou. A diverses époques, le malade avait eu des blennorrhagies. En 1868, il avait contracté un chancre simple, soigné par M. Ricord qui l'avait déclaré non syphilitique. Il n'avait, en effet, été suivi d'aucun accident constitutionnel.

La partie supérieure de l'amygdale droite était creusée d'une excavation ulcéreuse grosse comme une fève, irrégulière, déchiquetée, tapissée de lambeaux sphacelés. On aurait dit le cratère d'un furoncle avec son bourbillon. Je fis quelques cautérisations légères avec le nitrate d'argent, puis avec de la teinture d'iode, et au bout de 10 ou 15 jours, cet incident qui inquiétait le malade, parce qu'il lui supposait une teinte syphilitique, était guéri.

Quoique encore sous le coup de ses appréhensions passées, et malgré la crainte de contracter la syphilis, M. X... eut l'imprudence de voir, le 13 décembre, une femme suspecte. Le lendemain, il s'aperçut d'une petite écorchure située sur le côté gauche du filet. Il vint me la montrer ; c'était une érosion très-superficielle, irrégulière et qui n'avait nullement l'aspect d'un chancre. (Cautérisation avec le crayon de nitrate d'argent, pansement avec la pommade au calomel, bains.)

Cette ulcération, tout en restant superficielle, s'agrandit un peu, et il se forma progressivement au-dessous et autour d'elle une induration qui prit un caractère inquiétant, vers le 22 décembre.

Le 25 (12e jour de la contamination), apparition d'un bubon indolent du côté gauche, dur et gros comme une petite olive ; le 26, il y en avait deux ; un peu d'adénopathie spécifique à droite.

L'ulcération sécrétait un liquide parfaitement clair et transparent ; l'induration à sa base était de plus en plus prononcée. Je ne conservai plus de doutes sur la nature syphilitique de ce chancre, et j'instituai immédiatement un traitement hydrargyrique. M. Ricord, consulté, confirma mon diagnostic et prescrivit le même traitement. (Protoiodure d'hydrargyre.)

Le 9 janvier 1872, je m'absentai de Paris, et je ne revis mon malade que dans les premiers jours de mars. Il avait à cette époque des accidents muqueux et cutanés légers qui s'étaient développés peu à peu dans la première quinzaine de février (60e journée de la contamination). — Ces symptômes consistaient en plaques opalines discrètes dans la gorge et en quatre ou cinq groupes de petites papules sur le tronc. La santé générale était bonne, mais l'état

moral toujours très-mauvais ne s'améliorait pas. M. X..... se sentait frappé d'une sorte de déchéance et se considérait comme un homme perdu. Rien ne pouvait le rassurer ; son esprit ne concevait que les pressentiments les plus sinistres.

En mars et avril, je vis souvent le malade ; il eut quelques poussées successives de papules cutanées, de plaques muqueuses, des croûtes dans les cheveux. Ces accidents résistèrent au traitement, qui était très-bien toléré ; mais ils finirent par disparaître à peu près complétement. Néanmoins, M. X.... voyait toujours l'avenir de plus en plus sombre ; et, bien que je ne trouvasse dans son état rien d'actuellement inquiétant, je ne pouvais quelquefois m'empêcher de partager ses craintes, tant elles me semblaient fondées sur une conviction intime et profonde. Il est vrai que la santé générale les justifiait un peu. M. X....., en effet, commença vers la fin d'avril (quatrième mois de la contamination) à maigrir et à sentir ses forces diminuer ; il avait perdu l'appétit et dormait peu. Je lui conseillai la campagne. Des affaires d'intérêt très-graves, qui se combinaient de la façon la plus fâcheuse avec sa maladie pour augmenter ses tourments, l'empêchèrent de partir.

II

Depuis le 26 décembre, il n'avait cessé de prendre des préparations hydrargyriques et iodurées, et, dans les derniers temps, des toniques. Au commencement de mai, il ne restait, en fait d'accidents syphilitiques, que quelques croûtes dans les cheveux ; mais l'appétit ne revenait pas et les forces diminuaient. M. X... se sentait descendre peu à peu vers une pente fatale qui devait le conduire à une catastrophe. Il était de plus en plus découragé et décou-

rageant. Son caractère et sa manière d'être intellectuelle se modifiaient d'une manière sensible. L'affectivité devenait plus prononcée et se traduisait quelquefois par des démonstrations un peu puériles ; l'intelligence baissait, et en même temps l'agitation inquiète, la tristesse, les appréhensions, les idées de suicide, etc., etc. prenaient des proportions de plus en plus grandes. Teint plombé, amaigrissement, un peu d'inflexion du tronc en avant. Bien qu'il n'y eût aucune manifestation grave appréciable, on sentait que toute la machine intellectuelle et physique était soumise à la plus rude épreuve.

Les choses en étaient là depuis quatre ou cinq semaines, lorsque vers le 20 mai (5e mois de la contamination), M. X... fut pris tout à coup, sans cause connue, d'une attaque extrêmement violente de névralgie faciale du côté droit : irradiations dans la tempe, le front, la région pariétale ; larmoiement, photophobie, catarrhe nasal, etc. Je crus à l'invasion d'une iritis; mais l'œil droit ne présentait aucune lésion. Des crises plus fortes se produisirent dans la soirée. Je prescrivis des narcotiques, du sulfate de quinine, et j'augmentai la dose d'iodure de potassium que je faisais prendre depuis quelques jours. Au bout d'une dizaine de jours cette névralgie était complétement guérie.

Mais dans les premiers jours de juin, il survint un mal de gorge très-vif avec difficulté de la déglutition, et je constatai sur l'amygdale droite et la moitié correspondante de la partie postérieure du pharynx deux ou trois ulcérations profondes, à bords taillés à pic et déchiquetés, à fond grisâtre et pultacé, dont l'origine syphilitique ne pouvait être douteuse. (Cautérisation quotidienne avec de la teinture d'iode concentrée. Traitement hydrargyrique et ioduré.)

La guérison fut très-rapide ; au bout de quinze jours, ces ulcérations étaient cicatrisées. Néanmoins, M. X... mai-

grissait, s'affaiblissait et déclinait intellectuellement d'une façon sensible.

Vers le 25 juin (6e mois révolu de la contamination), il fut repris de douleurs de tête. Elles étaient généralisées dans tout le crâne, mais présentaient plus d'intensité à gauche qu'à droite, contrairement à ce qui avait eu lieu lors de la première attaque de névralgie. Elles étaient moins lancinantes, mais plus dépressives, plus profondes et plus étroitement liées avec d'autres troubles cérébraux infiniment plus graves. Il était difficile de dire si la première attaque de névralgie dépendait de la syphilis constitutionnelle ou était simplement accidentelle. Mais pour la seconde, le doute n'était plus possible : il s'agissait évidemment d'une céphalée syphilitique accompagnée d'irradiations névralgiformes. Les souffrances étaient continues et ne présentaient pas d'exacerbations nocturnes ; il y avait cependant absence presque absolue de sommeil. Je donnai l'iodure de potassium à la dose de 4, puis de 5, et enfin de 6 grammes, sans obtenir d'amélioration sensible. — Inappétence, amaigrissement, tronc incurvé en avant, signes généraux d'une affection des plus graves. — Rien du côté des organes des sens. Faiblesse générale. — Les narcotiques ne produisaient qu'une amélioration passagère. Quant à l'état mental, il devint de plus en plus maladif : compréhension difficile, pleurs faciles, affectivité exagérée comme dans certaines formes de ramollissement, physionomie égarée, etc. Un jour, il me sembla que M. X..... avait de la peine à parler, et que sa bouche était un peu déviée de droite à gauche ; mais comme il était en proie à la plus violente attaque de névralgie, je mis ces phénomènes sur le compte des douleurs céphaliques. J'explorais tous les jours la sensibilité, la motilité, etc., en un mot toutes les fonctions nerveuses sans rien découvrir.

L'embarras de la parole et la déviation de la bouche ne durèrent que peu de temps; ils étaient survenus dans les trois ou quatre derniers jours de juin.

M. X... me répétait qu'il sentait ses idées s'en aller, qu'il devenait incapable d'aucune conception, qu'il tournait à l'imbécillité.

Vers le 6 ou le 7 juillet, il se plaignit d'avoir perdu presque complétement la mémoire, qui était du reste celle de toutes les facultés intellectuelles qui avait le plus souffert.

Le 15 juillet, je constatai une augmentation progressive de cet état cérébral. Il y avait décadence simultanée de toutes les facultés psychiques; le malade se plaignait surtout de son manque de mémoire. Il maigrissait, s'affaiblissait et s'incurvait à vue d'œil. Je lui faisais prendre 0,06 cent. de proto-iodure et 5 à 6 grammes d'iodure de potassium, sans obtenir de cette médication mixte aucun résultat favorable. La physionomie était égarée, il y avait un peu d'incertitude dans la marche.

III

Je n'avais pas vu M. X... depuis deux ou trois jours, lorsque, le 20 juillet (7e mois de la contamination), il entra dans mon cabinet, plus abattu, plus défait que d'habitude, bredouillant quelques mots incompréhensibles et me faisant signe qu'il lui était impossible d'en dire davantage. La bouche était manifestement entraînée à gauche et tout le membre supérieur droit présentait un état de semi-paralysie.

En pressant le malade de questions et en interprétant de mon mieux ses gestes et les trois ou quatre mots qu'il

pouvait encore prononcer, je finis par apprendre qu'il avait été pris de ces accidents la veille vers 8 heures ; qu'ils étaient survenus peu à peu, sans secousse, s'étaient accentués pendant la nuit, mais qu'ils n'avaient été ni précédés ni accompagnés des phénomènes brusques, soudains qui constituent le coup de sang.

Le lendemain (21 juillet), j'allai voir le malade chez lui et je le trouvai dans l'état suivant : Rien du côté des organes des sens, pupilles également dilatées. — La main droite serre encore avec assez de force, mais le malade est inhabile à s'en servir, et, quand il veut essayer d'écrire ce qu'il ne peut me dire, il est tout étonné de se trouver dans l'impossibilité absolue de tracer un mot. La sensibilité y est un peu diminuée.

Les traits de la face sont un peu tirés à gauche ; cependant la paralysie faciale droite ne se décèle d'une manière certaine que lorsque les muscles de la face sont mis en jeu ; on voit alors une déviation considérable de la bouche à gauche, tandis qu'à droite les plis cutanés formés par la contraction musculaire sont moins nombreux et moins profonds. — Pas le moindre prolapsus de la paupière droite, aucune déviation des globes oculaires.

Agitation, impatience, irritabilité, découragement provoqués par l'impuissance de formuler sa pensée à l'aide de mots articulés. Cependant la langue est en possession de toute sa mobilité et le malade la dirige très-facilement dans tous les sens qu'on lui indique.

L'exploration du crâne, pratiquée à plusieurs reprises avec le plus grand soin, n'a fait découvrir aucune lésion du cuir chevelu, du péricrâne ni de la boîte osseuse à sa surface externe. La pression provoquait sur certaines points des exacerbations de douleurs, comme dans les névralgies. Le malade se plaignait toujours de céphalées atroces.

Il comprenait ce qu'on lui disait et tâchait d'y répon-

dre, mais inutilement. Pleurs, désespoir, beaucoup des symptômes intellectuels et moraux du ramollissement cérébral.

Les membres inférieurs ne présentaient aucune trace de paralysie; celui de droite fonctionnait comme celui de gauche, mais la marche était difficile, incertaine et n'aurait pu se continuer longtemps. Tronc de plus en plus incurvé en avant.

Il faut noter que si le malade a perdu l'appétit et a même jusqu'ici du dégoût pour les aliments, il n'a jamais éprouvé de nausées ni de vomissements. État suburrhal; langue blanche et chargée, quelques vomissements gastriques plutôt que cérébraux. (Lavement purgatif.)

M. Cazalis, qui vit avec moi le malade le 29 juillet, fut d'avis de faire prendre du calomel à doses fractionnées pendant cinq ou six jours. On posa un séton à la nuque, et on administra en outre un vomitif.—Repos au lit, diète légère, calmants.—Il y eut pendant deux ou trois jours un peu de fièvre; pas de déviation intellectuelle, ni de délire; insomnie.

IV

Le 26 (6e jour de la paralysie déclarée et de l'aphasie, 35e ou 40e du début des accidents encéphaliques), je trouvai un mieux sensible. Physionomie moins égarée, moins bouleversée; attitude plus calme et plus résignée; moins d'impatiences et d'appréhensions. — Peau fraîche, pouls à 64-68 très-régulier (il n'a jamais présenté aucun des caractères du pouls méningitique); évacuations alvines provoquées par le calomel. Langue moins pâle; sommeil.— Grande faiblesse générale. — Un peu d'appétit. Le séton suppure.

M. X... commence à parler ; il articule quelques mots très-distinctement et même les relie de manière à construire des phrases plus ou moins imparfaites. Il emploie quelquefois le féminin pour le masculin; mais son aphasie ne présente aucune physionomie spéciale et toujours identique. Il ne trouve pas les mots, ou ne peut les formuler, voilà tout, quoique sa langue soit maîtresse de tous ses mouvements. La compréhension est plus facile et les phénomènes intellectuels et moraux du ramollissement s'atténuent et disparaissent.

Un peu plus de force dans le bras droit; demi-paralysie de la face à peu près stationnaire.—Rien de modifié du côté de la sensibilité, qui est un peu obtuse dans le bras paralysé et paraît normale dans la joue droite.

Les facultés psychiques semblent revenir plus vite que le mouvement; mais ce retour est très-lent et à peine sensible d'un jour à l'autre. Quant au malade, il se désespère toujours et ne se trouve pas mieux.

Le 30 juillet, mon collègue et ami le Dr Beaumetz, qui fut appelé à donner des soins à mon malade, fit cesser l'usage du calomel, prescrivit des douches et du sirop de Gibert.

Le 1er août (12e jour de la paralysie déclarée et de l'aphasie, 46e jour des accidents encéphaliques), je trouvai encore une amélioration très-notable. L'intelligence plus en éveil comprend tout facilement. L'aphasie persiste. Cependant le malade prononce des phrases entières, surtout quand il ne les cherche pas et qu'elles jaillissent pour ainsi dire spontanément sous l'influence d'une émotion un peu vive. Il emploie souvent le féminin pour le masculin. La langue n'est pas déviée et le malade lui fait exécuter tous les mouvements qu'on lui commande. La main droite serre assez énergiquement; légère diminution de la

sensibilité dans tout le membre supérieur du même côté.

Malgré la demi-paralysie faciale, les lèvres et les joues retiennent l'air; pas d'anesthésie.

Déviation très-prononcée de la face à gauche quand le malade rit; rien aux paupières ni aux yeux; pupilles mobiles. Rien dans le membre inférieur droit, dont la sensibilité est intacte. Amaigrissement, langue chargée. (On donne 2 cuillerées à bouche de sirop de Gibert.)

Les jours suivants l'amélioration continua d'une façon progressive.

Le 18 août (30e jour de l'aphasie, 60e jour des accidents encéphaliques), le malade sort et dîne en ville, s'exprime de façon à se faire comprendre. La force est revenue dans la main. Toujours déviation des traits. État général meilleur; mange et dort assez bien. Prend 6 cuillerées à bouche de sirop de Gibert. L'embarras de la parole présente des intermittences très-remarquables. Il y a des jours où, sans qu'on en puisse trouver la raison, les mots viennent moins facilement, et sont mal articulés, tronqués ou bégayés.

27 août. — Parle beaucoup mieux qu'il y a huit jours. Mais l'amélioration est toujours très-lente. — Psychiquement le malade n'est plus le même qu'autrefois. — Absence complète d'érections.

6 septembre 1872 (48e jour de l'aphasie, 82e jour des accidents encéphaliques). — Toujours intermittences sous le rapport de la parole. Aujourd'hui le malade s'exprime beaucoup mieux que la dernière fois que je l'ai vu, mais bégaye par moments, cherche les mots et souvent ne les trouve pas. Hier, dit-il, la parole était beaucoup plus facile; en somme, amélioration très-lente. — La mémoire est revenue. Plus de douleurs de tête. Sommeil mauvais, mais pas de rêves. — Le malade peut lire sans fatigue, et il écrit maintenant presque comme avant sa maladie. — La

force est revenue dans la main droite ; mais le pouce, l'indicateur et le médius sont le siége de douleurs rhumatoïdes, ils paraissent engourdis et moins sensibles que l'annulaire et l'auriculaire. — Toujours déviation de la bouche. (Après avoir pris 8 cuillerées par jour de sirop de Gibert, il prend maintenant chaque jour 10 grammes d'iodure de potassium depuis cinq jours, sans en être fatigué.) — Pas d'érections.

23 novembre 1872 (95e jour de l'aphasie). — La santé de M. X... s'est considérablement améliorée au point de vue de l'état général. Il a repris toutes ses habitudes ; mais les facultés génitales se sont affaiblies d'une manière notable. La force musculaire, considérable des deux côtés, est à peu près aussi grande à droite qu'à gauche.

Il reste toujours un peu de gêne dans les mouvements du bras droit; trois doigts surtout sont inhabiles, et comme inertes et à demi paralysés de leur sensibilité sur la face palmaire seulement : ce sont le pouce, l'indicateur et le médius.

La parole est parfois embarrassée, hésitante, surtout quand le malade s'imagine qu'il ne va pas pouvoir trouver les mots. — Rien d'anormal du côté des facultés intellectuelles et morales. Cependant l'encéphale n'est évidemment pas sorti intact de cette affection et n'a pas entièrement récupéré son intégrité fonctionnelle.

Quoique les maux de tête n'existent plus, le malade est tourmenté par des insomnies qu'aucune cause accidentelle ne peut expliquer.

Tout traitement a été suspendu pendant un mois.

29 janvier 1873 (5e mois et demi de l'aphasie).— Aucun traitement spécifique n'a été fait. — Hydrothérapie, gymnastique. Le malade se sent beaucoup mieux que le 23 no-

vembre 1872, mais il se plaint de dormir mal, de se réveiller surtout. Il a peu d'appétit et est toujours maigre. — Marche très-bien, et n'éprouve aucune sensation dans le côté autrefois paralysé, si ce n'est un peu d'engourdissement dans le médius et l'index, et quelquefois un peu de douleur au niveau de leurs articulations.— Voit des femmes une ou deux fois par semaine. Erections moins énergiques, moins longues, éjaculation très-rapide. — La parole est un peu embarrassée pour certains mots que le malade prononce mal. Mais amélioration très-grande.

V

Telle a été cette première détermination de la syphilis sur le cerveau. On voit qu'elle est survenue à une époque très-rapprochée du chancre. L'attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite ne s'est produite, il est vrai, qu'au *septième* mois de la contamination; mais depuis longtemps le cerveau était malade. J'ai même la conviction que le travail pathologique a débuté vers le *quatrième* ou *cinquième* mois de la contamination, et qu'il a été presque contemporain de la première poussée des accidents cutanés et muqueux. C'est une date qu'il est difficile de préciser, car la période prodromique de l'encéphalopathie déclarée a été vague, indécise et caractérisée par des troubles psychiques sans cause matérielle bien évidente. Cependant leur physionomie, qui s'est accentuée de plus en plus, portait dès l'origine le cachet du ramollissement cérébral.

La seconde crise de céphalée névralgiforme ne laissait aucun doute sur l'existence d'une lésion progressive qu'aucun traitement n'avait pu ni prévenir ni enrayer. — Au bout de quelques jours, en effet, je trouvai la parole de

plus en plus embarrassée, et il me sembla que la face présentait une déviation morbide. — C'était, en abrégé, le symptôme de l'attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite par laquelle se termina cette longue phase d'accidents cérébraux qui avait commencé deux mois auparavant.

Quoiqu'il y ait de grandes variétés dans les manifestations de la syphilose cérébrale, je donne celle-ci comme un type, parce que l'on y trouve réunis presque tous les caractères propres à cette grave affection.

Le processus, en effet, a d'abord attaqué un territoire plus ou moins étendu de la substance grise des circonvolutions. C'est ce que nous sommes en droit de supposer, si on nous accorde que les troubles psychiques ont eu de bonne heure pour substratum organique une lésion matérielle. Il s'est établi dans la substance grise, à la périphérie des hémisphères, un travail chronique de nature congestive ou phlegmasique, qui après être resté longtemps diffus s'est enfin concentré sur l'hémisphère gauche. Là, il s'est manifesté par des phénomènes d'autant plus accusés qu'ils sont devenus plus circonscrits. Enfin il a abouti à une attaque d'aphasie et d'hémiplégie droite incomplète, sans perte de connaissance, sans ictus apoplectique proprement dit. — Néanmoins, à partir de ce moment, tout le système encéphalique a été comme subjugué par la lésion; et ce n'est qu'au bout de cinq ou six jours que les principales fonctions cérébrales ont commencé à dominer la perturbation réflexe et à émerger de leur torpeur momentanée. — L'amélioration a été très-lente, et, au cinquième mois de l'aphasie, la guérison n'était pas complète et, disons-le d'avance, ne l'a jamais été.

Parmi les phénomènes de la période prodromique, il en est que nous avons rencontrés dans presque tous les cas :

ce sont la céphalalgie persistante et l'insomnie. La première fois que les douleurs de tête se sont montrées avec une intensité qui leur donnait une signification diagnostique et pronostique réelle, elles ont affecté le type névralgique intermittent. Comme elles occupaient le côté droit de la tête, on pouvait supposer à ce moment que la lésion d'abord diffuse se concentrait sur ce point.

Peut-être en a-t-il été ainsi ; mais la guérison rapide de cette céphalée névralgiforme qui n'a duré que huit jours prouverait bien aussi que la lésion a été très-superficielle. Toujours est-il que, un mois après, la céphalée siégeant cette fois du côté gauche de la tête, et bien autrement profonde et tenace que la première, indiquait la formation d'un foyer morbide dans l'hémisphère correspondant et l'apparition prochaine d'accidents paralytiques.

Remarquez, en effet, qu'il n'a jamais existé aucun phénomène d'excitation, ni convulsions, ni contractures, ni délire, etc. Aussi est-il probable que la lésion, quoique voisine des méninges, ne les a pas atteintes, ou si elles ont été touchées, ce n'est que dans une petite étendue, au voisinage du foyer cérébral.

Étudions maintenant les phénomènes de l'attaque d'aphasie et de l'hémiplégie droite. L'embarras de la parole s'était montré plusieurs semaines avant sa perte à peu près complète et instantanée. Ce symptôme, qui s'observe souvent dans les encéphalomalacies, avait pris une prédominance croissante sur les troubles psychiques. Il était naturel de supposer qu'il dépendait de la même cause, c'est-à-dire d'une lésion de la substance grise périphérique, mais que cette lésion convergeait vers l'appareil organique où s'élaborent les mots destinés à exprimer les idées. Or on s'accorde généralement aujourd'hui à localiser cet appareil dans les lobes antérieurs du cerveau, et plus

particulièrement dans les circonvolutions de la face inférieure, la troisième entre autres, du côté gauche. — Ce fait, ainsi que le précédent, viennent à l'appui de cette manière de voir. La coïncidence d'une hémiplégie droite avec l'aphasie prouve en effet manifestement que la lésion siégeait dans l'hémisphère gauche. Reste à savoir si, chez notre dernier malade, l'appareil de logogénèse était atteint, ou celui de transmission ou celui d'exécution.— Eliminons ce dernier, puisque la langue était en possession de tous ses mouvements. Entre les deux autres, je me prononce pour le premier :

1° Parce que les troubles psychiques ont précédé, accompagné et suivi l'aphasie ;

2° Parce que la mémoire a été profondément atteinte, et que celle des mots semblait avoir souffert en dernier lieu d'une façon spéciale ;

3° Parce qu'il y avait quelquefois émission de mots qui n'étaient pas en rapport avec l'idée, etc. — Je ne veux pas, pour le moment, pousser plus loin l'analyse physio-pathologique de ce cas. Je prie le lecteur de le comparer à celui qui précède ; il découvrira facilement entre les deux aphasies des différences assez tranchées pour acquérir la conviction que l'une, celle de l'observation V, dépendait d'une lésion des organes de transmission, et l'autre, celle de l'observation III, d'une lésion des cellules grises qui président à l'élaboration des mots.

Mais cette dernière lésion ne s'est pas localisée dans la couche superficielle du cerveau ; il est probable qu'elle a pénétré plus profondément vers les corps striés ou les pédoncules cérébraux ; c'est alors qu'elle a produit l'hémiplégie droite en même temps que l'aphasie.

Cette hémiplégie a touché la face, le membre supérieur et l'inférieur, mais pas au même degré. Dans le membre

[illegible] est [illegible] de la motilité. La [illegible] est un des caractères de la [illegible] Dans un même groupe de [illegible] a été comparées et [illegible] divisées en [illegible] muscles isolés selon [illegible] marbrée. Ce qui [illegible] il faut supposer [illegible] tèmes du processus [illegible] les conducteurs de la [illegible] tant les autres [illegible] telle ou telle agglomération [illegible] de l'encéphale où s'élaborent les actes de la volonté. Les mêmes remarques s'appliquent aux troubles de la sensibilité, qui sont généralement beaucoup moins accusés que ceux de la motilité. Les fourmillements et la sensation d'engourdissement qui occupent toute la main, dans le pouce, l'index et le médius de la main droite, sont une preuve de la localisation singulière que présentent parfois les accidents nerveux d'origine centrale.

Quand j'ai avancé plus haut que le processus était de nature congestive et inflammatoire et qu'il avait abouti à un ramollissement, j'ai peut-être fait une hypothèse un peu gratuite ; mais elle m'a paru assez probable. On pourrait soutenir aussi qu'il est devenu plus tard hyperplasique. Mais à quoi bon chercher à résoudre un problème insoluble ?

La syphilis de ce malade, à en juger par sa première manifestation cutanée et muqueuse, ne s'annonçait pas comme une maladie grave. Elle l'est devenue par le seul fait de la détermination sur le cerveau. Cependant plusieurs mois avant que l'affection intra-crânienne se fût révélée par des symptômes positifs, la santé générale était déjà profondément atteinte, comme l'indiquaient la faiblesse musculaire, l'amaigrissement, l'incurvation du tronc en avant, l'altération des traits, etc. Les désordres de la nutrition se sont réparés peu à peu, à mesure que diminuaient les accidents cérébraux.

Le traitement, institué dès les premiers jours du chancre, et continué pendant plusieurs mois sans interruption et d'après les différentes indications qui se sont présentées, n'a eu aucune influence préventive. Son action curative n'a jamais été bien franche. Les accidents n'ont diminué que peu à peu et n'ont jamais été bien guéris. On va voir par la suite de cette histoire que la médication spécifique n'a pas donné plus tard de meilleurs résultats qu'au début

VI

11 février 1873 (14e mois de la contamination).—C'est au milieu de cet état de santé, relativement bon, que le malade fut surpris par une deuxième attaque d'encéphalopathie. Elle avait été annoncée cependant par quelques phénomènes précurseurs, qui commencèrent à être ressentis vers le 3 ou 4 février, tels que tristesse, lassitude générale, inappétence, insomnie et douleurs de tête. Ces douleurs augmentèrent peu à peu d'intensité ; elles occupaient principalement le côté gauche de la tête, où elles

avaient deux foyers : l'un occipital, l'autre temporo-pariétal. Elles étaient accompagnées d'éblouissements, de vertiges, d'obnubilations.

Le 9 février, après avoir déjeuné, le malade fut pris tout à coup d'envies de vomir, envies irrésistibles qui le forcèrent à rejeter tous ses aliments dans la rue. Ces vomissements, non précédés de longues nausées, se reproduisirent dans la journée et le soir. La nuit fut mauvaise, agitée, sans sommeil. Les jambes devinrent faibles et vacillantes, la parole perdit de sa netteté, et les facultés intellectuelles prirent rapidement cette tournure particulière propre au ramollissement, qu'elles avaient présentée lors de la première attaque. Pendant toute la journée il y eut des vomissements continuels, et tous les autres phénomènes s'aggravèrent considérablement.

Quand je vis le malade, à 11 heures du soir, je constatai l'état suivant : Grande prostration, physionomie égarée, déviation des traits vers le côté gauche très-sensible. Douleurs occipitales et temporo-pariétales à gauche. Vomissements avec sensation de gêne, de pesanteur, de constriction dans la région des hypochondres et de l'épigastre et vers la partie postérieure et inférieure du sternum. Faiblesse musculaire à peu près égale partout. Ni contraction, ni convulsions, ni déviation des yeux. Embarras de la parole. Idées assez nettes. Moral très-abattu. Je prescrivis une potion calmante et de l'eau de seltz pour arrêter les vomissements et procurer un peu de sommeil.

La nuit fut assez calme, et le 11 février, à 6 heures, je trouvai le malade dans une situation meilleure que la veille. Les vomissements ne s'étaient pas reproduits. J'essayai de le faire marcher ; mais à peine lui fut-il possible de faire quelques pas, tant il y avait de trouble dans la coordination des mouvements, de faiblesse réelle dans les extrémi-

tés inférieures, et de tendance vertigineuse dans la tête. Il existait des douleurs le long du bras droit, se propageant dans les doigts de la main, surtout dans l'indicateur et le médius ; et la peau de ce membre, quoiqu'ayant, comme celle de tout le reste du corps, conservé sa sensibilité au toucher et à la douleur, était devenue le siége d'une sensation prurigineuse assez vive. La force musculaire de ce bras était moindre que celle du côté opposé. Je ne constatai point de pareils phénomènes dans le membre inférieur droit. La déviation de la bouche à gauche était plus prononcée que la veille ; mais cependant la physionomie, dans son ensemble, était meilleure et le moral s'était un peu relevé. La parole semblait plus nette. Le malade rendait bien compte de son état. Je prescrivis un peu de nourriture et je fis continuer les calmants avant de recourir aux spécifiques.

Le 12, l'état du malade était beaucoup plus satisfaisant encore que la veille. Bouche moins déviée ; plus de vomissements ; mange un peu. Je lui prescris un traitement mixte dans lequel l'iodure de potassium est porté à la dose de 4 grammes par jour. La démarche est titubante ; mais le moral s'est beaucoup relevé, et le malade se sentant infiniment mieux est presque gai. Il éprouve toujours les douleurs crâniennes gauches et de plus des sensations étranges dans l'intérieur de la tête qui lui indiquent bien, dit-il, qu'il est toujours dans l'imminence d'une attaque d'encéphalopathie syphilitique. Insomnie.

Le 14 février (4e jour de la deuxième attaque), le malade est debout, habillé, prêt à sortir. Il boite un peu et ne peut pas se tenir, sans appui, sur la jambe droite seule, tandis que cela lui est facile sur la gauche. La bouche est toujours un peu déviée et la parole plus embarrassée qu'avant cette dernière attaque. En rappelant ses souvenirs, le malade croit avoir remarqué, depuis près d'un mois, du chan-

gement dans son état général et quelques phénomènes cérébraux précurseurs, lui annonçant un retour des troubles passés. Toujours insomnie opiniâtre. Un peu d'appétit.

Le 5 mars (23e jour de la deuxième attaque), le traitement, composé d'une cuillerée à bouche, matin et soir, de sirop de bi-iodure fortement ioduré, a procuré une amélioration rapide; cependant la santé n'est pas revenue ce qu'elle était avant cette dernière attaque. Depuis 10 jours que le malade a cessé son sirop, il ressent quelques douleurs de tête; sa démarche est parfois incertaine, chancelante ; il éprouve surtout un affaiblissement très-notable de la mémoire, et l'embarras de la parole est plus prononcé, enfin il a très-peu d'érections. Je le trouve moralement affaibli, quoiqu'il n'existe aucune lésion notable de la sensibilité, des sens ou du mouvement. Je prescris de nouveau le sirop ioduré et de l'arséniate de soude.

Le 21 mars 1873 (39e jour de la 2e attaque), le malade se plaint d'éprouver des douleurs lancinantes cruelles dans tous les points du crâne. Les nuits surtout sont mauvaises et il dort très-peu. — Le bras droit s'est un peu affaibli depuis quelques jours. L'embarras de la parole, le bégaiement sont beaucoup plus prononcés. L'état moral et intellectuel est moins bon. — Digestions pénibles, inappétence. Je fais reprendre l'iodure de potassium à la dose de 2 grammes par jour.

Le 2 mai (17e mois de la contamination, 52e jour de la 2e attaque). Depuis le 21 mars, il y a eu plusieurs alternatives de mieux et de plus mal. Toutefois, malgré le traitement, qui a consisté en quelques préparations hydrargyriques prises à petites doses, et en iodure de potassium à la dose de 4 à 5 grammes par jour, l'encéphalopathie s'est progressivement aggravée. — Maux de tête incessants avec

élancements d'un côté à l'autre et d'avant en arrière. — Embarras de la parole. — Titubation, etc., etc.

Depuis trois ou quatre jours la situation menace de devenir plus sérieuse encore. Ainsi la mémoire diminue et l'embarras de la parole est beaucoup plus accentué que les jours passés. — Hier soir, à huit heures, la vue s'est tellement affaiblie que le malade a eu de la peine à rentrer chez lui. — La nuit a été affreuse : insomnie absolue, douleurs cruelles continues et exacerbantes, principalement dans la tempe droite.

Aujourd'hui, grande dépression morale. Idées de suicide. Pleurs. Lamentations. — Agitation ; figure bouleversée. — Incurvation en avant de la colonne vertébrale. Titubation, sans faiblesse musculaire prononcée à droite. Embarras de la parole très-considérable et oubli de mots dans le cours de la conversation. Inappétence. Obnubilation. Maladresse des mains. Perte de la mémoire. Conscience trop claire de son état. Inutilité des médicaments. Pupiles mobiles. (Iod. de potassium, 6 gr. et 0,02 cent. de deutochlorure d'hydrargyre.)

VII

La persistance de quelques-uns des phénomènes de la première attaque pouvait faire prévoir qu'une seconde ne tarderait pas à se produire ; et c'est en effet ce qui eut lieu. Au 14e mois de la contamination, au 7e de la première détermination syphilitique sur le cerveau, après quelques jours de troubles prodromiques, parmi lesquels la céphalalgie et l'insomnie dominèrent, comme c'est l'habitude, le malade éprouva tout à coup les symptômes d'une congestion cérébrale : vomissements répétés, faiblesse générale

du système musculaire, embarras de la parole, troubles des facultés psychiques, etc.

Au milieu de cette perturbation de toutes les fonctions nerveuses, s'accusèrent peu à peu la déviation des traits de la face à gauche, l'aphasie, la parésie des membres supérieurs et inférieurs du côté droit, c'est-à-dire les accidents propres à la première attaque. Il survint donc simultanément deux ordres de troubles nerveux : les uns diffus résultant de l'envahissement de toute la masse encéphalique par le raptus hyperhémique; les autres localisés et consécutifs à une aggravation des lésions primitives, à un réveil de l'activité morbide dans l'ancien foyer imparfaitement éteint.

Les premiers se dissipèrent assez vite; les seconds résistèrent un peu plus longtemps. Ils présentèrent souvent des alternatives de mieux et de plus mal; et il survint même des crises congestives qui, sans offrir beaucoup de gravité, épuisèrent l'innervation, et jetèrent le malade dans un état psychique de plus en plus fâcheux, de telle sorte qu'au 52e jour de cette deuxième attaque il présentait sous une forme très-accusée presque tous les symptômes du ramollissement cérébral.

Cependant vers les premiers jours de mai, la santé de M. X... s'était un peu améliorée; il fit un long voyage de 25 jours sans éprouver d'accidents notables, sauf l'insomnie opiniâtre et les douleurs dans les membres paralysés. Tout traitement fut cessé pendant un mois.

Revenu à Paris le 6 juin, il a commencé à éprouver quelques élancements dans la tête, des obnubilations, des vertiges, de l'incertitude dans la marche, de l'embarras de la parole, quelques douleurs fugaces dans le côté droit, etc.

Le 8 juin (18e mois de la contamination), il fut pris vers

minuit d'une sorte d'indigestion, et il vomit pendant 12 heures. Ses idées étaient incohérentes, il avait même parfois comme du délire. — C'était une troisième attaque d'encéphalopathie.

Quand je le vis vers le 9 au soir, il était plus calme : figure encore décomposée, grand embarras de la parole ; maux de tête, insomnie.

L'impuissance est complète. Démoralisation profonde, idées de suicide, etc.

Le 11 juin, M. X... est dans un état de collapsus cérébral beaucoup plus grand encore que l'avant-veille. Il parle très-difficilement et souvent s'arrête court au milieu des phrases parce que les mots ne lui viennent pas. La mémoire est visiblement affaiblie. Il se lamente sur son sort et présente le spectacle moral le plus affligeant qu'il soit donné de voir, car il a conscience de la gravité des accidents qu'il éprouve. Un de ceux qui l'inquiètent le plus maintenant, c'est le trouble de la vue qui s'est produit depuis 3 ou 4 jours ; il a des phosphènes dans les deux yeux, des brouillards, des défauts d'accommodation, etc. Cependant les milieux de l'œil sont normaux. Il lui semble que sa tête est vide et qu'il se passe en elle d'étranges phénomènes. La boîte crânienne est assaillie dans tous les sens par des douleurs lancinantes qui se propagent aussi vers le cou, dans les bras, surtout le droit, qui est toujours affaibli. — La déviation buccale est peu marquée. — Sensations douloureuses dans les articulations des doigts de la main droite sans changement matériel appréciable. Démarche très-incertaine. Insomnie opiniâtre. Affaissement général. Incurvation en avant. Idées bizarres. Tendances au suicide. Les vomissements ne sont pas revenus. Je prescris 8 grammes d'iodure de potassium.

14 juin (6e jour de la 3e attaque). Les troubles de la

vue sont beaucoup plus prononcés : le malade craint de devenir aveugle; souvent les objets lui paraissent doubles; quelquefois il n'en voit que la moitié, ou une partie encore moins considérable. — Il y a du reste dans ces accidents, comme dans tous les autres, des oscillations considérables, des alternatives fréquentes de mieux et de plus mal.

Le malade se sent mieux depuis qu'il prend l'iodure ; sa parole est moins embarrassée, sa physionomie meilleure, sa démarche plus assurée, son moral moins abattu. La dose de 8 grammes est bien tolérée.

21 juin. — Un peu d'amélioration. — Langue moins embarrassée. Troubles de la vision : brouillard, vue partielle des objets. Quelques érections suivies d'éjaculation rapide.

VIII

Dans les premiers jours de juillet (25e jour de la 3e attaque), l'état de M. X. est devenu beaucoup plus grave. Les troubles de la vue ont augmenté au point d'empêcher la lecture ; les objets ne sont vus que partiellement; quelquefois l'œil gauche paraît immobile. Il existe toujours une sorte de voile devant les yeux. Le malade est allé consulter le Dr Wecker qui constata, le 2 juillet, une absence complète de lésions du côté des nerfs optiques et des milieux de l'œil. Il lui sembla qu'il y avait une paralysie transitoire musculaire de l'œil gauche; mais, au moment de l'examen, il ne put rien préciser, car il n'existait aucune diplopie et toute paralysie avait alors disparu. Il redoutait que la paralysie ne se reproduisît et ne s'établît d'une façon définitive en se localisant sur un ou plusieurs des nerfs moteurs des yeux.

Les troubles de la vue présentent comme tous les autres

phénomènes des intermittences qui se renouvellent plusieurs fois dans les vingt-quatre heures et sont extrêmement tranchées.

Les autres phénomènes se rapportant à l'encéphalopathie syphilitique ont subi à l'époque dont je parle une aggravation inquiétante et progressive quoique par soubresauts.

Ainsi le malade étant venu me consulter le 5 juillet, je fus frappé de voir qu'il allait beaucoup plus mal que 4 ou 5 jours auparavant ; la parole était encore très-embarrassée quoique compréhensible ; tout le côté droit était faible, et la bouche présentait au côté gauche une déviation beaucoup plus prononcée que d'habitude ; la vue était trouble, la démarche chancelante, la physionomie altérée, le moral affaissé avec un certain degré d'agitation et de l'incohérence des idées. J'explorai, comme je l'avais déjà fait plusieurs fois, l'état de la contractilité des moteurs oculaires, et je ne constatai rien d'anormal.— Les pupilles étaient égales et immobiles. — Étourdissements, vertiges. Comme traitement, le malade prenait de l'iodure de potassium à la dose de 4 ou 5 grammes.

Le lendemain (6 juillet, 28e jour de la 3e attaque, 19e mois de la contamination), la situation ne se modifia pas beaucoup.

Le 7, elle était plus mauvaise. Quand le malade vint me consulter, j'eus de la peine à le comprendre ; il pouvait à peine se tenir et n'avait pu venir qu'en voiture. Le soir, les personnes qui l'entouraient me firent appeler auprès de lui.

Tous les phénomènes de paralysie avaient augmenté ; les idées étaient incohérentes ; la parole ne pouvait plus être comprise ; malgré les efforts du malade pour prononcer les mots, on n'entendait que des sons inarticulés, sans significa-

tion. Le moral était dans un état déplorable et aussi bas qu'un an auparavant, lors de l'invasion de cette grave encéphalopathie. Il y avait évidemment une sorte de divagation et de délire qui rendait jusqu'à un certain point le malade inconscient de ses actes. Il cherchait constamment à se lever et il était difficile de le maintenir au lit. — Pas de fièvre ; — appétit.

Ce qui avait effrayé surtout les personnes qui le veillaient, c'est qu'à leur arrivée la paupière gauche ne pouvait pas rester soulevée et retombait inerte sur le globe oculaire, immobile.— Une heure après, quand je visitai le malade, ce phénomène avait disparu. Les yeux étaient hagards et ne voyaient pas, mais ils ne présentaient pas de déviation.

Le 10, au matin, je trouvai du mieux. La parole beaucoup moins embarrassée ; le malade exprime d'une façon compréhensible et sans trop d'embarras des idées raisonnables ; il est un peu gai. La veille, il a bien dîné ; la nuit a été bonne. Je lui prescris 6 grammes d'iodure de potassium.

12 juillet (34e jour de la troisième attaque). — Le malade est mieux que ces jours passés ; son état moral et intellectude s'est surtout amélioré ; mais les troubles de la vue ont augmenté. Aujourd'hui, à 2 heures de l'après-midi, il lui est impossible de lire même d'assez gros caractères. Cependant les pupilles sont égales et mobiles ; les yeux suivent, dans toutes les directions et en conservant leur parallélisme, l'objet qu'on leur fait fixer. — Les paupières sont mobiles, etc., en un mot, il n'est possible de découvrir aucune lésion de la motilité dans les muscles du globe oculaire et de ses annexes.—Ces troubles de la vue présentent, comme tous les autres phénomènes de l'encéphalopathie, de très grandes variations, à de courts intervalles ; quel-

quefois la vue ne distingue qu'une partie des objets, d'autres fois elle les embrasse dans leur totalité. Il n'y a point de diplopie régulière, mais une multiplication très grande des objets regardés. — Obnubilation ; — rien dans les milieux de l'œil.

La céphalalgie, qui est égale des deux côtés et occupe la moitié antérieure du crâne, a été très violente avant-hier et hier ; elle persiste toujours, mais à un moindre degré et consiste en une douleur continue avec élancements irréguliers. — Elle n'empêche pas le sommeil, qui est devenu meilleur depuis quelque temps. Le malade ne se plaint plus de ces terribles insomnies qui l'ont tourmenté pendant plus d'une année.

La sensibilité paraît aussi développée à droite qu'à gauche. La paralysie a diminué ; moins de déviation de la face. — La station sur la jambe droite seule et sans appui est possible ; la démarche est plus assurée : — la physionomie paraît plus calme.

Tous les symptômes de l'encéphalopathie sont plus prononcés le soir que le matin. Leurs variations constituent de plus en plus un de leurs caractères prédominants. L'aphasie en offre l'exemple le plus remarquable. Quelquefois l'embarras de la parole est tel qu'on n'entend plus qu'un bredouillement indistinct et incompréhensible ; d'autres fois il y a du bégaiement et de la difficulté à trouver les mots. Enfin parfois, mais rarement, l'émission des mots se fait, comme son et comme sens, dans des conditions presque normales. — Aujourd'hui, le malade parlait assez bien. Il paraît qu'hier soir il était impossible de le comprendre.

Les facultés intellectuelles sont altérées ; la mémoire surtout est affaiblie ; le malade se souvient mieux des événements qui datent de cinq ou six jours que de ce qu'il vient de faire il y a dix minutes. L'anxiété, l'agitation ont

beaucoup diminué, les actes sont raisonnables ; il n'y a plus ces symptômes inquiétants d'une folie éminente. Le moral est plus ferme ; les accès de tendresse puérile, avec pleurs, gémissements, etc., reviennent régulièrement, chaque fois que l'état du malade s'aggrave.

Le pouls est calme à 80, la peau fraîche, l'appétit bon. Les fonctions plastiques s'exécutent régulièrement. Je prescris 2 pilules de calomel de 0,05 centigrammes chacune et 6 grammes d'iodure de potassium.

IX.

La troisième attaque d'encéphalopathie, séparée de la première par un intervalle très court, a débuté par une indigestion provenant sans doute d'une hyperhémie brusque de l'encéphale ; puis les vomissements ont continué pendant douze heures, ce qui prouve bien qu'ils étaient d'origine cérébrale. D'ailleurs, les troubles psychiques s'étaient reproduits, ainsi que les phénomènes d'aphasie et d'hémiplégie droite.

Mais tous ces accidents ne furent pas portés d'emblée, comme lors de la dernière attaque, à leur *summum* d'intensité ; ils augmentèrent peu à peu pendant 28 jours, et c'est alors seulement qu'ils atteignirent la plénitude de leur développement.

Jusqu'alors la vue avait été respectée ; dans cette troisième attaque elle fut lésée dès les premiers jours et le devint de plus en plus par la suite. On ne découvrait rien cependant d'anormal dans les milieux de l'œil, ni dans l'appareil rétinien. Les pupilles étaient égales des deux côtés et avaient conservé leur mobilité. A quoi donc devait-on rapporter ces troubles, si ce n'est à un défaut d'accommoda-

tion? C'est ainsi que M. le Dr Wecker interpréta tous ces phénomènes variés, parmi lesquels prédominait la diplopie, ou vue partielle des objets. Mais cette akinésie du système des muscles moteurs de l'œil ne se décelait d'une manière évidente par aucune déviation des globes oculaires; du moins je ne pus parvenir à la découvrir.

Toujours est-il que de pareils troubles de la vue, coïncidant avec une aggravation de tous les phénomènes anormaux, psychiques, moteurs et sensitifs, indiquaient une extension du foyer morbide du côté de la base du crâne. Selon toute probabilité, les trois nerfs qui animent les muscles de l'œil gauche, c'est-à-dire le nerf oculaire commun (3e paire), le pathétique (4e paire) et le moteur oculaire externe (6 paire), se trouvaient plus ou moins englobés dans la sphère d'action du processus. Ce qui prouve bien que le système des moteurs de l'œil gauche était compromis, c'est qu'il se produisit un prolapsus momentané de la paupière de ce côté-là et une immobilité insolite de l'œil. Peut-être y avait-il en même temps paralysie de quelques muscles, contracture de quelques autres? Ces deux lésions s'observent simultanément et ne sont pas incompatibles; elles dépendent presque toujours d'une détermination syphilitique intra-crânienne.

Parmi les autres particularités de cette troisième attaque d'encéphalopathie, il faut noter l'état d'agitation cérébrale qui s'éleva parfois jusqu'au délire. Cet état ne fut pas de longue durée; mais il se reproduisit plusieurs fois. — Tous les symptômes présentèrent du reste des intermittences remarquables, à tel point que, le lendemain, le malade ne ressemblait plus à ce qu'il était la veille. Ces oscillations si prononcées dans la marche des accidents provenaient sans doute d'irrégularités dans l'irritation cérébrale, de

fusées hyperhémiques qui irradiaient dans différentes parties de la masse encéphalique, autour du foyer morbide principal.

Du 12 au 22 juillet, l'état du malade alla tous les jours en empirant. Vers le 17 (39e jour de la 3e attaque), il se trouva presque tout à coup dans l'impossibilité de tenir les objets dans sa main droite. — La paralysie fit des progrès rapides beaucoup plus accusés dans le membre supérieur que dans l'inférieur. — Diminution de la sensibilité, moindre que celle de la motilité. — Déviation prononcée de la face. — Quant à l'aphasie, elle présentait de grandes variations du soir au matin ; elle était toujours plus prononcée le soir. — La parole devenait absolument incompréhensible. — Impossibilité d'écrire. — Troubles de la vue de plus en plus accusés.

Appétit. — Toutes les fonctions organiques s'exécutent normalement. — Constipation. Je faisais prendre chaque jour 8 grammes d'iodure et 0,15 centigrammes de calomel. Constipation opiniâtre.

Je perdis M. X.... de vue au commencement du mois d'août (55e jour environ de la 3e attaque). Il se rétablit, paraît-il, très lentement. Un séjour de plusieurs mois qu'il fit à la campagne, jusqu'à la fin de l'année 1873, acheva ce que n'avaient pu faire les médicaments. Il revint à Paris, dans un état de santé relativement satisfaisant. Je le rencontrai le premier janvier 1874. Il était alors assez dispos. La langue restait toujours embarrassée, mais il causait facilement ; la vue s'était rétablie, et si ses facultés mentales continuaient à être affaiblies, elles ne présentaient aucun désordre choquant. Quant à l'hémiplégie, elle persistait à un assez haut degré pour rendre le bras droit presque inutile et produire une claudication très marquée

Depuis cette époque, l'état de M. N..... est toujours le même ; il a renoncé à tous les remèdes, et, quoique infirme, jouit d'une assez bonne santé. Le processus syphilitique de l'encéphale paraît donc s'être éteint, mais en laissant dans le cerveau des lésions graves qui ont compromis le mouvement dans toute une moitié du corps, et jeté les facultés mentales dans une sorte de décadence sans doute irrémédiable.

Il est important de noter que depuis l'invasion des accidents cérébraux, aucune manifestation syphilitique ne s'est présentée sur les autres systèmes de l'économie Il n'en est pas toujours ainsi, comme on va le voir par le fait suivant que j'ai observé à Bicêtre pendant que j'y remplaçais mon ami le docteur Descroizille.

X

Au mois d'août de l'année 1874, était couché, salle Saint-André, n° 24, M. M.. âgé de 58 ans, tailleur, qui présentait sur le corps des cicatrices et des macules de syphilides anciennes et des lésions de syphilides récentes en pleine activité. Dans le dos et sur l'avant-bras gauche, on voyait de larges plaques très saillantes, recouvertes de squames grises ; il y avait aussi un grand nombre d'ulcérations arrondies, confluentes sur certains points, et ressemblant à des pustules d'ecthyma ; sur d'autres parties du corps, étaient disséminés des pustules de rupia et des groupes de syphilde papulo-crustacée.

Le membre supérieur droit était à moitié paralysé et l'avant-bras constamment ramené dans la position demi-fléchie par une sorte de raideur et de contracture du biceps,

qui atteignait aussi d'autres muscles, et en particulier les fléchisseurs et les extenseurs, d'où une déformation bizarre de tous les doigts. La face n'était pas sensiblement déviée. Le membre inférieur droit était, comme le supérieur du même côté, privé d'une partie de sa mobilité. Il y avait donc une hémiplégie droite. Elle n'atteignait pas la sensibilité, qui était égale des deux côtés.

La première phalange du petit doigt de la main gauche avait presque doublé de volume ; elle présentait sur le côté externe et en bas une exostose à contours vagues, sans engorgement des tissus environnants.

Ce malade était donc manifestement syphilitique. Voici son histoire, que je rédige d'après les notes qu'a bien voulu me communiquer M. Bourceret, interne de service. — C'est au mois de juillet 1867 que M... contracta deux chancres infectants, l'un dans le sillon, l'autre sur la partie moyenne et externe de la cuisse. En août, il entra à l'hôpital du Midi, où il fut soumis à un traitement mercuriel ; il n'y resta que trois semaines, et sortit guéri de ses chancres.

Le 28 octobre 1867 (3e mois de la syphilis), il fut pris, en travaillant, d'une attaque et tomba sans connaissance. On le transporta à l'hôpital Beaujon, où il eut, paraît-il, une attaque convulsive occupant principalement le côté droit. Au bout d'un mois, il sortit, conservant de la faiblesse dans tout le côté droit.

Plus tard il entra à l'hôpital Saint-Louis, où on lui fit suivre un traitement anti-syphilitique qui n'améliora pas son état.

La parésie du côté droit était stationnaire depuis le début de l'attaque, lorsque, en mai 1868 (10e mois de la syphilis ; 7e mois de la 1re attaque), le malade en eut une

deuxième avec perte de connaissance. On le transporta à l'Hôtel-Dieu, où on constata, outre une hémiplégie droite très incomplète, une éruption papuleuse qui s'est renouvelée depuis par poussées successives, et presque sans interruption.

Pendant son séjour à l'Hôtel-Dieu, qui fut de sept mois, la paralysie augmenta rapidement. Il survint des déformations dans le membre supérieur ; la mémoire se perdit, et les facultés mentales furent gravement atteintes.

On le fit entrer à Bicêtre, le 23 février 1869 (19e mois de la syphilis).

Depuis la 2e attaque, il n'en est pas survenu d'autres ; mais le malade a eu diverses éruptions syphilitiques. Toutefois son état général s'est beaucoup amélioré et les facultés intellectuelles sont à peu près revenues à leur état normal.

Voici, du reste, dans quel état M. Bourceret trouva le malade en janvier 1873 : Groupes de syphilide papulo-tuberculeuse, dont quelques-uns ulcérés et d'autres à tendance serpigineuse, disséminés sur la face, le tronc et les membres. — Rien du côté des organes des sens. — Facultés psychiques à peu près normales. — Mémoire lente, mais précise. — Sensibilité intacte et égale des deux côtés du corps. Parésie du côté droit, presque nulle à la face, faible au membre inférieur, beaucoup plus prononcée au membre supérieur, où elle est accompagnée d'une déformation notable des doigts. Santé générale bonne (traitement : iodure de potassium, emplâtre de Vigo). Au bout de deux mois, la syphilide était guérie et le malade quitta l'infirmerie, il y revint en juin 73, (6e année de la syphilis), pour la parésie qu'il avait encore lorsque je pris le service au mois d'août (1).

(1) Ce malade a succombé le 28 mai 1875, c'est-à-dire à la 8e an-

Bien que je n'aie pas été témoin des premières attaques de cette encéphalopathie, je crois pouvoir affirmer qu'elle dépendait de l'action du virus syphilitique sur le cerveau. Telle était du reste l'opinion de différents médecins qui l'ont traité, puisqu'ils ont donné du mercure et de l'iodure de potassium.

Elle a été très précoce, car elle est survenue au 3e *mois* du chancre, à une époque où les accidents cutanés et muqueux étaient encore nuls ou insignifiants. La deuxième attaque a été plus grave que la première ; les facultés mentales ont été momentanément compromises et l'hémiplégie du côté droit est devenue permanente à partir du 10e mois de la syphilis. Mais, depuis lors, l'encéphale ne paraît pas avoir été le siège d'une nouvelle détermination et l'ancien foyer morbide ne s'est pas ravivé. Le processus syphilitique était-il donc définitivement éteint ? Non, puisque c'est précisément à cette date que des accidents cuta-

née révolue de sa syphilis. Je résume la note que M. Bide, interne du service, a bien voulu me donner sur lui.

La syphilide papulo-crustacée récidivait incessamment mais l'état des parties paralysées restait stationnaire. On administrait ; à des intervalles plus ou moins éloignés du sirop de Gibert.

A la fin d'avril 1875, le malade perdit tout appétit, et les deux membres inférieurs devinrent œdématiés quoiqu'il n'y eût aucune lésion grave du cœur ni du poumon et que les urines ne continssent pas d'albumine. L'œdème envahit ensuite d'autres parties du corps et principalement le bras droit.

Vers le 25 mai, une large phlyctène se forma sur le dos du pied et les forces déclinèrent rapidement. La cachexie était devenue de plus en plus prononcée ; la mort eut lieu le 28 mai.

A l'autopsie, on ne trouve rien ni dans le cerveau, ni dans ses enveloppes, ni sur les parois de la boîte crânienne. Le cœur, les poumons et les reins étaient à l'état normal ; le foie, petit, d'un jaune cuir de botte, criait sous le scalpel et était manifestement sclérosé. La rate était couverte de taches opalines périspléniques. Il n'y avait aucune tumeur dans l'abdomen.

nés, de plus en plus sérieux, se sont manifestés presque sans interruption. Il y a eu d'abord des éruptions papuleuses, puis des plaques sèches et ulcérées, des tubercules, des ethymas, des rupias, et enfin une syphilide tuberculo-ulcéreuse à tendance serpigineuse. L'évolution continue encore aujourd'hui malgré le traitement ; mais elle s'est déplacée. Du centre, c'est-à-dire d'un viscère tel que le cerveau, elle s'est portée à la périphérie, sur la peau et le système osseux, comme l'atteste la péri-exostose de la première phalange du petit doigt de la main gauche.

Je tiens à faire remarquer ce fait, sur lequel je reviendrai plus tard, afin de montrer dès maintenant qu'il n'y a rien d'absolu dans toutes ces lois topographiques de la syphilis, créées, ou du moins formulées pour la première fois d'une manière précise par Hunter, et promulguées depuis par ceux qui ont adopté et exagéré sa doctrine.

DEUXIÈME PARTIE.

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES SYPHILOSES PRÉCOCES DU NÉVRAXE

Si on prend la peine de lire ces longues observations, où j'ai mis à dessein tous les détails que j'ai pu recueillir, on se rendra compte, je l'espère, des formes, des variétés, de la marche, des tendances et des terminaisons de la syphilose cérébro-spinale, lorsqu'elle survient pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Sa physionomie générale et ses localisations ne diffèrent pas beaucoup, du reste, de celles qu'on observe à des périodes plus avancées. Le complexus symptomatique est souvent diffus, difficile à démêler et à interpréter. Dans un très grand nombre de cas, n'en sommes-nous pas réduits à des hypothèses plus ou moins probables sur le siège, l'étendue, la structure et le processus des lésions organiques ? Et ces lésions existent-elles toujours ? Oui, sans aucun doute ; mais c'est en principe qu'il faut les admettre, car quelquefois on n'est pas parvenu à les découvrir, quoique la mort eût été produite par la seule intensité des accidents cérébro-spinaux. Que les lésions soient visibles, ou qu'elles échappent à nos investigations, il est impossible de ne pas reconnaître que l'affection névropathique émane directement du virus syphilitique, qu'elle est une conséquence immédiate de son action morbigène sur quelques-unes des parties consti-

tuantes du névraxe lui-même ou de ses enveloppes. Ici, en effet, les rapports de causalité ne sont-ils pas visibles, tangibles ? N'y a-t-il pas entre les manifestations externes de la syphilis et les lésions internes une concordance de dates telle, que leur communauté d'origine et de nature se montre avec la dernière évidence ?

Il faut bien avouer qu'il n'en est pas toujours ainsi dans ces nombreux faits de syphilose cérébro-spinale que contiennent les écrits des syphiliographes anciens ou modernes. Il s'est écoulé parfois un si long intervalle de temps entre les premiers accidents de la maladie constitutionnelle et ses déterminations tardives sur le système nerveux, que leur parenté est un problème dont la solution dans le sens affirmatif ne doit être acceptée qu'avec une grande réserve par une critique rigoureuse.

La syphilose cérébro-spinale précoce a donc l'avantage, pour le médecin, de ne lui laisser aucune incertitude dans l'esprit sur le point essentiel de la cause première ou constitutionnelle des accidents, et par suite sur la nécessité de recourir à la médication spécifique de la syphilis.

Comme richesse symptomatique, ces affections précoces du névraxe ne le cèdent point à celles qui surviennent dans les phases ultimes de la maladie. Elles évoluent à peu près de la même façon, récidivent avec la même fréquence exposent aux mêmes dangers, et, si elles ne sont peut-être pas aussi graves à ce moment que plus tard, on voit, d'après quelques-unes de mes observations, qu'elles peuvent cependant entraîner la mort et produire des infirmités incurables.

Ces résultats sont indiscutables, puisqu'ils procèdent directement des faits. C'est ce qui m'a engagé à traiter la question de la syphilose cérébro-spinale précoce avec tous

les développements qu'exige son importance. N'offre-t-elle pas, en effet, un tableau saisissant et complet de tous les désordres si multiples que peut produire la syphilis sur le système nerveux pendant toute la durée de son processus?

I.

Il est à remarquer que, parmi les déterminations viscérales de la syphilis, celles qui s'effectuent sur les centres nerveux, ont pris depuis quelques années une prédominance que ne faisaient point soupçonner les travaux des syphiliographes qui ont écrit sur la syphilis au commencement de ce siècle, et encore moins ceux des syphiliographes antérieurs.

A quoi faut-il attribuer un fait aussi considérable?

La maladie constitutionnelle a-t-elle subi, depuis son origine jusqu'à nos jours, des métamorphoses de nature à profondément modifier, dans leurs rapports respectifs, l'ordre, l'intensité, la fréquence, la topographie de ses manifestations internes et externes?

Le nervosisme qui, sous ses formes aussi multiples que bizarres, peut passer à bon droit pour une des maladies les plus propres à notre époque, est-il resté étranger au développement de la syphilose cérébro-spinale? En a-t-il, au contraire, créé ou du moins favorisé l'opportunité par une sorte d'aptitude morbide très facile à mettre en jeu et qui se transmet, en s'aggravant, d'une génération à une autre?

La manière dont on traite à peu près uniformément, par des spécifiques, toutes les syphilis et tous les syphilitiques, a-t-elle eu quelque influence sur un résultat qui semble grandir, se multiplier et devenir de plus en plus redoutable chaque jour?

Voilà bien des points d'interrogation, qui sont peut-être tout à fait inutiles. Pourquoi chercher si loin, dans des causes obscures et plus ou moins difficiles à préciser et à démêler, la raison de cette prédominance actuelle des déterminations de la syphilis sur les centres nerveux ?

Elle a sans doute, me dira-t-on, existé de tous temps, au XV^e^, au XVI^e^, au XVII^e^, au XVIII^e^ siècle, aussi bien qu'au XIX^e^. Seulement, autrefois, elle était ignorée ou méconnue, tandis que, depuis cinquante ans, le cercle de l'observation syphiliographique s'étant élargi, en même temps que la clinique serrait le sujet de plus près et l'approfondissait, on a fini par trouver le rapport de causalité qui rattache à la syphilis une multitude de névropathies organiques, dont l'origine passait pour n'avoir rien de spécifique.

Je suis loin de dédaigner la force de cet argument. Je crois trop aux progrès incessants de la médecine comme de toutes les autres sciences, pour n'être pas persuadé que nous allons plus loin que nos devanciers dans l'étude des cas pathologiques, que nous en pénétrons mieux les causes, et que notre conception de la maladie en général et des maladies constitutionnelles en particulier, est infiniment plus compréhensive, plus profonde et plus vraie que celle qui régnait, avec toutes ses vicissitudes, aux époques plus ou moins éloignées de la nôtre.

Néanmoins, il peut paraître étrange que parmi le grand nombre de médecins éminents qui ont étudié et décrit la syphilis au moment de son explosion ou peu d'années après, alors qu'elle sévissait comme une épidémie meurtrière et jetait l'épouvante dans toute l'Europe, il s'en trouve si peu qui aient signalé la syphilose cérébro-spinale.

Ainsi, il faut arriver jusqu'au commencement du XVIII^e^ siècle pour rencontrer quelques notions à peu près certaines sur les désordres que la syphilis produit du côté des

centres nerveux. Dans le XVI^e^ siècle, Ulrich de Hutten est le premier et peut-être le seul qui ait mentionné les accidents de paralysie produits par l'action directe de la diathèse syphilitique sur le névraxe ou sur les nerfs. Cirillo, en 1776, décrivait le sommeil comateux et le strabisme comme des manifestations très fréquentes chez les individus qui ont des exostoses du crâne. En outre, il donna l'observation de deux paraplégies et d'une paralysie générale d'origine syphilitique, guéries rapidement par les frictions de sublimé.

Quelques années auparavant, de Horne, Lalouette, Boerhave, Laubius, Hieronymus avaient rapporté plusieurs cas où l'abolition des sens, de la vue et de l'ouïe, des hémiplégies, des tremblements musculaires, etc., etc., avaient été observés chez les syphilitiques....

II.

Toutefois, c'est à partir du XIX^e^ siècle seulement que la pathologie syphilitique des centres nerveux sortit de l'état rudimentaire où elle était restée jusqu'alors. Les faits sur lesquels on pouvait l'édifier étaient-ils trop rares, trop incomplets, trop mal observés pour entraîner la conviction? Étaient-ils insuffisants ou méconnus au point de ne pas même susciter des investigations dans cette voie si largement ouverte de nos jours? Comment se fait-il, par exemple, qu'un observateur de génie tel que Hunter, qui passe à juste titre pour un des fondateurs de la syphiliographie moderne, ait déclaré catégoriquement que jamais la syphilis, si profondément qu'elle pénétrât dans l'organisme, n'atteignait les centres nerveux? J'ai peine à croire, que si un pathologiste de cette force eût été témoin des accidents cérébro-spinaux syphilitiques que nous rencon-

trons si fréquemment aujourd'hui, il n'en eût pas suivi la filiation et découvert la véritable origine.

Je n'ai point l'intention de faire ici de la bibliographie. Je me bornerai aux réflexions précédentes que suggère un simple coup d'œil d'ensemble jeté sur l'histoire des affections syphilitiques du système nerveux. Qu'on parcoure la liste des thèses, des monographies, des leçons, des mémoires, des traités qui depuis 1800 ont eu pour objet l'étude de cette importante question, et on verra que leur nombre, et je dirai même leur valeur, s'accroît d'année en année. Chaque nation a fourni son contingent; celui de l'Angleterre et de l'Allemagne est riche, précieux et d'une haute valeur sur bien des points; mais, dans cette branche de la syphilis, comme dans les autres, on peut dire, sans exagération d'amour-propre national, que la France occupe la première place.

SECTION I.

Recherches statistiques sur la précocité des affections syphilitiques des centres nerveux.

La précocité des accidents syphilitiques du système nerveux est-elle un fait rare ou commun? Quelle est sa fréquence? A quelle époque l'imminence de ces redoutables déterminations est-elle à craindre?

Pour résoudre ces questions pratiques qui intéressent à un si haut point la prognose de la maladie constitutionnelle, j'ai compulsé dans différents recueils un grand nombre de faits. Ils n'avaient point été choisis pour soutenir une thèse particulière, mais pris au hasard par plusieurs observateurs qui les rapportaient sans aucune idée préconçue.

I.

Voici les résultats auxquels je suis arrivé. Ils m'ont causé quelque étonnement, bien que j'y fusse préparé par ma conviction que la syphilis peut devenir dangereuse pour les viscères dès les premiers jours de sa diffusion dans l'organisme. Il s'en faut de beaucoup que cette statistique embrasse la majorité des cas de syphilose cérébro-spinale disséminés dans les annales de la science ; mais le chiffre de 168, sur lequel elle est basée, est assez important pour donner une idée à peu près exacte de ce qui se passe habituellement.

Dans les 8 cas de ce mémoire, recueillis par moi, l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition de la syphilose cérébro-spinale n'a pas dépassé un an. Eh bien, je considérerai comme réellement précoces les accidents de cette nature qui se développent dans les douze premiers mois de la maladie constitutionnelle, et j'en ferai la première série de ma statistique. — Est-ce à dire que ceux qui surviennent après la première année ne sont pas précoces ? Non. Mais la précocité n'impliquant rien d'absolu, et ayant des limites un peu arbitraires, il faut bien lui assigner un terme pour la facilité des comparaisons. — Ce sera, si l'on veut, une *précocité du premier degré*.

Il y aura aussi des *précocités du deuxième degré*. N'est-il pas, en effet, légitime au point de vue pathologique, de regarder comme précoce une affection du système nerveux qui se développe deux ou trois ans après l'accident primitif ? Sans doute, car la maladie constitutionnelle est encore dans sa période de virulence. Mais remarquons combien il est difficile de trouver, même approximativement, le point exact où la détermination viscérale cesse

d'être précoce. Si on voulait à toute force une ligne de démarcation, je crois qu'on pourrait la tracer au moment où la syphilis quitte la phase des éruptions généralisées, des plaques muqueuses ou cutanées, des manifestations dont les produits sont virulents, pour entrer dans un ordre d'accidents plus profonds, plus circonscrits et incapables ou moins susceptibles de se communiquer. Mais il y a là, ainsi que sur tant d'autres points, beaucoup d'incertitude et de variabilité ; il faut trop souvent se contenter d'à peu près, et ne point demander aux faits pathologiques une rigueur qu'ils ne comportent pas.

II.

Pour simplifier le discours, j'emploierai souvent le mot *incubation :* il désignera l'intervalle de temps qui s'est écoulé entre l'accident primitif et l'apparition de la syphilose cérébro-spinale.

Je n'attache ici à ce mot aucune idée théorique. Il n'implique point, par exemple, la continuité d'une action morbide sourde, latente, qui s'élabore discrètement, et sans intermittences dans la profondeur de l'organisme, sous l'influence du virus, pour aboutir fatalement à tels ou tels résultats, dont il soit à peu près possible de prédire la date et de fixer la nature.

Cela étant établi, entrons dans l'analyse des 168 cas de ma statistique. Voici les chiffres que donne ce que j'appelle la précocité du premier degré :

Sur 168 cas, l'incubation de la syphilose cérébro-spinale a été d'une année, et de moins d'une année, 53 fois. Ce chiffre est énorme, puisqu'il exprime près du tiers de la totalité.

Décomposons-le, suivant les mois, car c'est par mois, et quelquefois par jours, que l'on compte dans cette première série.

Eh bien ! l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition des accidents syphilitiques nerveux a été de :

Un mois dans	3 cas.
Deux mois dans.	4 cas.
Trois mois dans.	5 cas.
Quatre mois dans	7 cas.
Cinq mois dans.	4 cas.
Six mois dans	6 cas.
Huit mois dans	2 cas.
Neuf mois dans.	2 cas.
Douze mois dans	20 cas.

Au sujet des 20 cas où l'incubation a été de 12 mois, je ferai une remarque : c'est que 12 mois ou un an étant un chiffre rond, on a dû y englober les intervalles de temps qui étaient moindres ou plus considérables de quelques mois. Le chiffre 12 ne doit pas être d'une rigueur absolue, et il est probable que les incubations d'un an étaient souvent de 10, 11, 13 ou 14 mois.

J'ai trouvé 2 ou 3 cas où il y avait eu simultanéité entre l'accident primitif et les accidents nerveux, mais je ne les ai point admis. Est-ce que la syphilose cérébro-spinale peut se manifester avant que l'infection de l'économie par le virus syphilitique se soit effectuée ? Ne serait-ce pas une monstruosité pathogénique ? Il faut se défier des coïncidences ; elles n'impliquent pas toujours des rapports de causalité ? Or, ce sont de pures coïncidences qui font développer à la même date, d'une part, le chancre syphilitique, et d'autre part, une affection quelconque du névraxe.

Je serai tenté d'en dire autant pour l'intervalle de trois

semaines et d'un mois. Mais on doit être affirmatif pour les incubations de sept semaines et de deux mois. N'est-ce pas le moment, en effet, où la syphilis, confinée jusque-là dans l'accident primitif, sort de son état latent ? Elle frappe le système lymphatique, la peau et les muqueuses. S'en tient-elle toujours là ? Non. La diffusion franchit les téguments et ces parties extérieures *exposées à l'air* dont parle Hunter. Les viscères les plus profonds ne sont pas à l'abri de ses atteintes.

Parmi eux, le *cerveau vient de beaucoup en première ligne.*

Dès l'explosion des accidents vraiment constitutionnels de la syphilis, cet organe peut être endommagé. Quelquefois, il ne l'est que faiblement. Tout se borne à des troubles fonctionnels passagers produits, soit par l'impression directe du virus sur les éléments nerveux eux-mêmes, soit plutôt par les perturbations momentanées de l'irrigation vasculaire dans les méninges et les couches les plus superficielles du cerveau. Mais, qu'on ne l'oublie pas, l'encéphalopathie syphilitique peut s'élever déjà à tous les degrés de gravité. L'âge de la syphilis n'y fait rien, comme on s'en convaincra plus tard, quand nous parlerons du pronostic.

La moelle épinière échappe beaucoup plus fréquemment que le cerveau aux attaques légères ou graves, fugaces ou persistantes de la syphilis sur le névraxe. Il est rare de voir des myélopathies se développer pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Les douleurs névralgiques des membres et du thorax qui se produisent assez souvent à cette époque, sont plutôt l'expression des souffrances du système nerveux périphérique, que le symptôme d'une détermination sur la moelle épinière

III.

La précocité du deuxième degré comprendra, pour les raisons que j'ai données ci-dessus, les cas d'affection syphilitique du névraxe, qui surviennent dans le cours de la deuxième et de la troisième année.

A partir des incubations comprises dans les 12 premiers mois, on trouve rarement mentionnées des divisions mensuelles. Les malades ne comptent plus que par années. Ils semblent, à mesure qu'ils s'éloignent du début de leur maladie, perdre la notion précise de sa durée. Leur mémoire est en défaut, et c'est tout naturel. Aussi peut-on affirmer, que les incubations les plus courtes sont celles qui doivent inspirer le plus de confiance, parce que tout concourt, et chez le malade et chez le médecin, à leur donner un caractère plus rigoureux de certitude.

L'intervalle qui s'est écoulé entre l'accident primitif et l'affection syphilitique des centres nerveux a été de :

Deux ans dans	19 cas.
Trois ans dans	13 cas.

Sur 168 syphiloses cérébro-spinales, il n'y en a donc eu que 32 de la deuxième à la troisième année inclusivement, tandis que de 2 à 12 mois, il s'en est développé 53. Il en résulte que la précocité du premier degré est presque deux fois plus nombreuse que celle du deuxième degré, quoiqu'elle comprenne deux années, tandis que la première ne dépasse pas les 12 premiers mois de la syphilis.

A un âge plus avancé de la syphilis, les incubations ont été réparties de la manière suivante :

1° Pour la quatrième, la cinquième, la sixième années :

Quatre ans dans	13 cas.
Cinq ans dans.	9 cas.
Six ans dans	6 cas.

Total, 28 cas seulement pour ces trois années ; proportion beaucoup plus faible, on le voit, que pour la précocité du deuxième degré, puisqu'il y a 4 cas de moins et une année de plus.

2° Pour les septième, huitième, neuvième et dixième années :

Sept ans dans.	10 cas.
Huit ans dans.	7 cas.
Neuf ans dans.	5 cas.
Dix ans dans	6 cas.

Total, 28 cas, comme dans la série précédente, quoiqu'il y ait une année de plus.

Ainsi, jusqu'à 10 ans, il y a une décroissance de plus en plus grande dans le nombre des cas de syphilose cérébro-spinale.

Mais cette décroissance est encore bien plus rapide après 10 ans, puisque les séries des cinq années ne donnent :

La première, de 11 à 15 ans, que les incubations suivantes :

Onze ans dans	2 cas.
Douze ans dans.	3 cas.
Treize ans dans.	3 cas.
Quatorze ans dans.	1 cas.
Quinze ans dans	2 cas.

Soit 11 cas seulement pour cinq années.

La deuxième, de 16 à 20 ans :

Seize ans dans	1 cas.

Dix-sept ans dans.	4 cas.
Dix-huit ans dans	2 cas.
Dix-neuf ans dans.	2 cas.
Vingt ans dans	1 cas.

Soit 10 cas pour ces cinq autres années.

Après 20 ans de syphilis, voici ce que l'on trouve comme intervalles de temps entre l'accident primitif et la syphilose cérébro-spinale :

Vingt et un ans dans	1 cas.
Vingt-cinq ans dans.	1 cas.
Quarante-deux ans dans . . .	1 cas.
Quarante-trois ans dans . . .	2 cas.
Quarante-huit ans dans. . . .	1 cas.

Proportion si faible, qu'elle ne peut même pas être comparée aux séries de 10 à 15 ans et de 15 à 20.

IV.

Je n'ignore point combien les chiffres sont trompeurs, et je suis loin de prétendre que les statistiques, même les plus complètes et les mieux faites, puissent donner des lois, surtout en pathologie. Il faut tenir compte des erreurs de supputation et prendre les statistiques pour ce qu'elles valent ; elles se bornent à indiquer, dans une mesure très large, et dont il ne faut pas exagérer la rigueur, la fréquence ou la rareté des faits, sans en donner la raison physio-pathologique. Mais cette raison, cette cause profonde des phénomènes, n'est pas ce qu'il faut chercher pour le moment.

Une statistique dont les éléments auraient été puisés à d'autres sources, donnerait-elle des résultats semblables ? Je crois, sans pouvoir toutefois l'affirmer, qu'ils ne diffé-

reraient pas grandement, et qu'ils établiraient, comme ceux qui précèdent, la fréquence relativement très grande des syphiloses du névraxe, pendant les deux ou trois premières années de la syphilis et principalement pendant la première.

Les faits, dont j'ai relevé les incubations, se trouvent dans les trois excellentes monographies de MM. Lagneau fils, Zambaco, Gros et Lancereaux, sur les affections syphilitiques du système nerveux (1).

La rareté de plus en plus grande des syphiloses cérébro-spinales aux périodes avancées de la syphilis, n'a rien, du reste, qui doive étonner. Considérez, en effet, que parmi les syphilitiques d'une même génération, beaucoup succombent par une cause ou par une autre, avant que la syphilis ait dit chez eux son dernier mot. La mortalité les moissonne en proportion de leur âge. Ne pourrait-on pas dire que s'ils avaient vécu plus longtemps, leurs centres nerveux seraient devenus syphilomateux? Dans l'appréciation des statistiques, il ne faut donc pas perdre de vue que le nombre des syphilis âgées de 1, 2, 3 ans est infiniment plus considérable, à n'importe quel moment, que le nombre des syphilis âgées de 10, 15, 20, 30 ou 40 ans, etc.

V.

Dans ses recherches statistiques sur l'étiologie de la syphilis tertiaire, M. le docteur Jullien a réuni 224 cas qu'il a divisés en quatre catégories. La première comprend 59 cas, dans lesquels la syphilis, n'ayant pas éte traitée, a suivi sa marche naturelle; la seconde, 47, où le traitement

1) J'ai évité, autant que possible les erreurs qui auraient pu résulter de la reproduction des mêmes faits, dans chacun de ces trois ouvrages.

mercuriel a été institué dès le début des chancres; la troisième, 111, traités par le mercure à partir de l'apparition des accidents secondaires, et la quatrième, 7, traités par l'iodure de potassium seul.

Dans la première catégorie, il n'y a qu'un cas de syphilose des centres nerveux ;

Dans la deuxième, on en compte 6 ;

Dans la troisième, 13 ;

Et dans la quatrième, il n'en existe pas.

C'est donc un total de 20 cas de syphilose cérébro-spinale sur 224 cas de syphilis tertiaire, soit un peu moins d'un dixième.

Dans ces 20 cas, l'intervalle entre le début de la syphilose cérébro-spinale et l'accident primitif a été de :

Dix mois dans	1 cas.
Un an dans	7 cas.
Un an et demi dans	1 cas.
Deux ans dans	1 cas.
Deux ans et demi dans . . .	1 cas.
Trois ans dans.	3 cas.
Quatre ans dans.	1 cas.
Cinq ans dans.	1 cas.
Six ans dans	1 cas.
Neuf ans dans.	2 cas.
Dix ans dans	1 cas.

Ainsi, en regardant comme précoces les cas dans lesquels l'incubation ne dépasse pas 3 ans, on voit qu'il y a 13 syphiloses cérébro-spinales précoces sur 6 tardives. Sur ces 13 syphiloses 8 appartiennent au premier degré de précocité, puisqu'elles se sont déclarées dans les 12 mois qui ont suivi l'accident primitif, et 6 sont du deuxième degré de précocité, leur début ayant eu lieu de 1 à 3 ans après le chancre.

Voilà donc une nouvelle catégorie de faits qui milite en faveur de la précocité des affections syphilitiques du système nerveux.

Aussi M. Julien a-t-il eu raison de dire dans son excellent *Traité des maladies vénériennes*, en faisant allusion à ce chiffre : « Nous n'en concluons pas à la précocité presque constante de ces manifestations cérébro-spinales, attendu que peut-être par coïncidence, beaucoup d'accidents tardifs ont pu nous échapper ; mais, du moins, croyons-nous avoir prouvé le peu d'exactitude de l'opinion contraire. »

VI.

Dans la très bonne thèse de mon ami M. le Dr Ladreit de Lacharrière, sur les paralysies syphilitiques, il y a 13 observations prises avec beaucoup de soin. Onze fois l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition des accidents nervoso-syphilitiques a été noté d'une manière précise, et il a été de :

Trois mois dans.	1 cas.
Quatre mois dans	1 cas.
Cinq mois dans.	1 cas.
Six mois dans.	1 cas.
Neuf mois dans.	1 cas.
Un an dans.	1 cas.
Onze mois dans.	1 cas.
Quatorze mois dans.	1 cas.
Seize mois dans.	1 cas.
Quinze ans dans.	1 cas.
Seize ans dans.	1 cas.

Ces faits, sauf les deux derniers, rentrent, comme on le voit, dans la catégorie des syphiloses cérébro-spinales très précoces. Leur proportion, par rapport à celles qui sont tardives, est donc comme 9 est à 2.

Cette proportion est loin d'être toujours la même dans les différents travaux sur la syphilis cérébro-spinale.

Prenons un des meilleurs ouvrages sur la matière, celui de M. le docteur Thomas Buzzard, publié en 1874 à Londres, intitulé : *Clinical aspects on syphilitic nervous affections*. Nous y trouvons 37 observations. Dans 26, l'intervalle entre l'accident primitif et l'apparition de la syphilis cérébro-spinale, a été noté d'une manière plus ou moins approximative, et il a été de :

Neuf mois dans	1 cas.
Treize mois dans	1 cas.
Deux ans et demi dans. . . .	1 cas.
Trois ans dans	1 cas.
Quatre ans dans.	2 cas.
Cinq ans dans	3 cas.
Six ans dans	3 cas.
Sept ans dans.	2 cas.
Huit ans dans.	1 cas.
Neuf ans dans.	1 cas.
Dix ans dans	3 cas.
Onze ans dans	1 cas.
Douze ans dans.	1 cas.
Quatorze ans dans.	2 cas.
Quinze ans dans	1 cas.
Dix-neuf ans dans.	1 cas.
Trente-deux ans dans.	1 cas.

Il résulte de ce tableau que dans les cas observés par M. Buzzard, les cas précoces ont été rares, puisqu'on n'en compte (en comprenant le premier et le deuxième degré de précocité), que 4 sur 26, c'est-à-dire qu'ils sont six fois moins nombreux que les cas tardifs.

VII.

Il me serait facile de multiplier ces statistiques, mais je pense que les chiffres que j'ai donnés suffisent amplement

pour démontrer la fréquence relativement grande des accidents syphilitiques pendant les premières phases de la maladie constitutionnelle. Tout en faisant des restrictions sur leur exactitude, tout en tenant compte des nombreuses erreurs auxquelles on s'expose en la compulsant sur une grande échelle, il n'en est pas moins certain que *parmi les syphiloses tertiaires et viscérales, aucune ne l'emporte comme précocité sur les syphiloses cérébro-spinales.*

Telle est la conclusion pratique et vraie à laquelle conduisent l'observation de tous les jours et la lecture des innombrables documents publiés sur la syphilis.

Depuis que ce travail a été commencé, j'ai observé d'autres cas de syphilose cérébro-spinale précoce. En les ajoutant à ceux qui sont rapportés dans la première partie de ce mémoire, je trouve que l'intervalle entre le chancre infectant et les accidents nerveux a été de:

Cinq mois dans	9 cas.
Huit mois dans	1 cas.
Un an dans.	1 cas.
Quinze mois dans	1 cas.
Quinze mois dans	1 cas.

J'ai été appelé aussi à soigner des malades atteints d'accidents nerveux syphilitiques, chez lesquels le début de la syphilose remontait à 4, à 5, à 7 et même à 19 ans. Mais la grande majorité des faits bien authentiques de syphilose cérébro-spinale soumis à mon observation, rentraient dans la catégorie des accidents les plus précoces.

SECTION II.

Considérations sur les formes symptomatiques des syphiloses cérébro-spinales précoces.

En présence de résultats si contraires aux idées généralement reçues, on doit rechercher avec soin quelles sont les

particularités cliniques que présentent ces sortes de syphiloses. Diffèrent-elles comme symptômes de celles qui surviennent à une période plus avancée de la syphilis? Leur ressemblent-elles? Quelles sont leurs lésions anatomiques? Quel est leur pronostic? A quel traitement faut-il les soumettre?

Telles sont les principales questions qu'il faut se poser. Voyons si l'examen des faits nous permettra d'y répondre.

I.

Le caractère prédominant des syphiloses cérébro-spinales c'est la complexité et la diffusion des phénomènes. Aussi est-il difficile de les soumettre à une classification rigoureuse. Rarement, en effet, la formule symptomatique reste la même depuis le début jusqu'à la terminaison. Quelquefois la lésion se borne à la paralysie d'un seul muscle; d'autres fois, toutes les fonctions nerveuses sont atteintes en même temps ou l'une après l'autre.

Les prodromes qui précèdent pendant un temps plus ou moins long l'invasion des accidents nerveux, ne font presque jamais défaut. Ils sont, en général, presque toujours les mêmes pour toutes les formes symptomatiques des syphiloses, et leur constante uniformité contraste avec le nombre infiniment varié des névropathies dont ils font présager l'imminence.

Les divisions les plus simples sont les meilleures. Elles doivent se baser sur le siège qu'occupent les lésions, dans l'axe cérébro-spinal, sur la nature des fonctions qui sont troublées ou abolies : musculaires, sensitives, sensorielles et psychiques; sur le mode symptomatique, c'est-à-dire sur la façon dont elles sont troublées ou abolies; et enfin sur le groupement de certains symptômes, qui constitue

comme une formule, à l'aide de laquelle on devine le siège de la lésion, etc., etc.

Cérébropathies, myélopathies ; cérébro-myélopathies; — troubles du mouvement, de la sensibilité, des sens et des phénomènes psychiques ; — dépression ou excitation fonctionnelles, c'est-à-dire paralysies, convulsions, contractures; — et enfin associations phénoménales, telles que l'aphasie et l'hémiplégie droite : voilà quelles sont les grandes localisations, les formes symptomatiques, les syndromes les plus communs des déterminations de la syphilis sur le névraxe.

Ce n'est pas ici le lieu de disserter plus longuement sur ces généralités, dont il ne faut prendre strictement que ce qui nous est nécessaire. Sous les chefs sus-indiqués peuvent se ranger tous les cas, et cela doit nous suffire.

II.

Dans les syphiloses cérébro-spinales précoces, le névraxe peut être touché sur tous les points de son étendue. Aucun foyer d'innervation, aucune branche nerveuse ne possèdent d'immunité contre les atteintes de la syphilis. Toutes les formes, toutes les associations possibles des accidents nerveux se rencontrent dans les premières phases de la syphilis.

Pénétrons dans les détails, et voyons quelles sont, parmi ces syphiloses, celles qui occupent le premier rang comme fréquence.

Dans les 12 observations qui me sont personnelles, la moelle épinière n'a été primitivement et exclusivement frappée que chez un seul malade, au douzième mois de la syphilis; — chez un autre, celui qui fait l'objet de l'observation IV de ce mémoire, la myélopathie s'est déclarée le neuvième mois, après deux attaques antérieures d'encéphalopathie. Tout le névraxe a été envahi et le malade a succombé.

Les affections de la moelle épinière sont donc beaucoup moins communes que les affections de l'encéphale.

Parmi ces dernières, celle qui s'est produite le plus fréquemment, c'est l'encéphalopathie, dans laquelle la paralysie de tout le côté droit se combine, d'une manière à peu près constante, avec l'embarras ou la perte de la parole. — Sur 12 cas, il y en a eu 7 d'*aphasie avec hémiplégie droite.*

Cette proportion très considérable de la même formule symptomatique, parmi les accidents cérébro-spinaux précoces de la syphilis, n'avait pas été remarquée jusqu'ici. J'en ai déjà fait ressortir toute l'importance dans mes leçons sur l'*aphasie et l'hémiplégie droite syphilitique à forme intermittente*, et sur les *localisations de la syphilose corticale du cerveau.*

Parmi les autres cérébropathies syphilitiques, il n'y en eut qu'une à forme méningitique (obs. I, p. 5).

Dans 2 cas les troubles nerveux ont été circonscrits à la face et se sont traduits par une hémiplégie faciale simple, dans un cas, et, dans un autre cas, par une hémiplégie faciale droite, compliquée de névralgie du trijumeau (obs. II, p. 28).

Dans l'encéphalo-myélopathie (obs. IV), dont j'ai parlé plus haut, après une paralysie du nerf moteur oculaire commun du côté droit, au centième jour du chancre, il s'est produit, le septième mois, une hémiplégie incomplète de tout le côté gauche, puis au neuvième mois une myélite mortelle.

L'observation V est un exemple d'hémiplégie gauche grave, compliquée, pendant quelques jours, de troubles intellectuels.

En dehors de l'aphasie et de l'hémiplégie droite syphilitiques, les déterminations de la syphilis sur l'encéphale

présentent donc de grandes variétés, comme siège et comme circonscription des phénomènes.

Dans la syphilose à forme hémiplégique droite et aphasique combien de différences au point de vue de l'intensité et des autres coïncidences névropathiques qui ne rentrent pas dans leur cadre, et qui peuvent se produire en vertu de cette tendance à la diffusion, qui est commune à toutes les variétés de la syphilose cérébro-spinale !

Une circonstance qui m'a beaucoup étonné, c'est l'absence, dans les observations que j'ai recueillies, de phénomènes épileptiformes circonscrits ou généralisés. — Si je m'en tenais à ma seule expérience, je dirais que l'épilepsie est beaucoup moins commune dans la première phase de la syphilis que plus tard.

Fréquence très grande de l'aphasie et de l'hémiplégie droite ; — rareté également très grande de la syphilose cérébrale épileptiforme, dans les déterminations précoces de la maladie constitutionnelle sur les centres nerveux, tels sont les résultats les plus frappants de mon expérience clinique.

III.

Les recherches faites par d'autres observateurs conduisent-elles aux mêmes conclusions ?

Dans les 13 cas des statistiques de M. Jullien, où la syphilose cérébro-spinale a été précoce, on trouve :

1 an après le chancre, des accidents vertigineux graves, qui furent suivies plus tard d'une hémiplégie gauche persistante.

3 ans après le chancre, des céphalées violentes, des névralgies, puis une hémiplégie gauche.

2 ans après le chancre, une hémiplégie droite.

1 an après le chancre, crises épileptiformes et albumi-

nurie considérable. Mort ; — gomme de la scissure de Sylvius.

1 an après le chancre, douleurs ostéocopes rhumatoïdes. Irido-choroïdite et hémiplégie.

3 ans après le chancre, hémiplégie.

3 ans après le chancre, anamnésie, douleurs de tête, excitation cérébrale, anamnésie, hypochondrie et manie du suicide.

2 ans après le chancre, syphilis cérébrale, céphalalgie, anamnésie.

1 an après le chancre, paraplégie.

10 mois après le chancre, hémiplégie droite et aphasie.

1 an après le chancre, hémiplégie droite, perte de la mémoire, aphasie, étourdissements, intelligence amoindrie.

1 an après le chancre, paralysie et perte de la mémoire.

1 an 1/2 après le chancre, syphilis cérébrale dont la forme symptomatique n'est pas spécifiée.

Sur ces 13 cas de syphilis cérébro-spinale précoce, il n'y en a eu qu'un seul, avec crises épileptiformes. — L'hémiplégie, au contraire, a été notée 7 fois.

La moelle épinière n'a été atteinte qu'une fois.

Le résultat de cette statistique concorde donc avec le résultat donné par mes observations.

IV.

Voici maintenant le résumé des 9 cas de syphilose cérébrale précoce, qui se trouvent dans la thèse de M. Ladreit de Lacharrière.

1 an après un chancre infectant du menton, périostose syphilitique du crâne, accidents vertigineux, paralysie de

tout le côté droit du corps, moins l'orbiculaire des paupières ; parole embarrassée ; intelligence nette ; prompte amélioration par le traitement antisyphilitique.

14 mois après un chancre syphilitique suivi de syphilides, d'exostoses, de périostoses, de douleurs nocturnes, paralysie du bras gauche. Tumeurs gommeuses. — Guérison.

4 mois après l'intoxication, céphalée nocturne, cuisantes douleurs dans diverses parties du corps, paralysie faciale, embarras de la parole, hémiplégie de tout un côté du corps qui n'est pas spécifié.

5 mois après le chancre, troubles nerveux aboutissant à une hémiplégie faciale du côté droit, avec affaiblissement de la mémoire.

6 mois après un chancre induré, paraplégie qui survient d'une manière progressive ; douleurs nocturnes dans les membres inférieurs avec diminution de la sensibilité. — Guérison par un traitement antisyphilitique.

5 mois après un chancre induré, céphalalgie, amblyopie, — hémiplégie de tout le côté droit. — Guérison.

9 mois après l'accident primitif, suivi de roséole et d'éruption papuleuse, céphalée, délire, coma, hémiplégie droite sans paralysie faciale, alternatives de contracture et de résolution musculaire. — Guérison.

3 mois après les chancres infectants, suivis de manifestations secondaires, hémiplégie faciale gauche, puis paralysie du côté droit de la face. — Guérison.

11 mois environ après l'accident primitif, paraplégie avec perte de la sensibilité. — Guérison par le traitement antisyphilitique.

Comme on le voit, dans ces 9 faits, c'est encore l'hémiplégie, soit de la face seulement, soit de tout un côté du corps, qui l'emporte sur les autres accidents. Les accès

épileptiformes ne se sont montrés dans aucun cas. Quant à la paraplégie, elle a été relativement plus fréquente que dans les autres statistiques, puisqu'elle est notée 2 fois sur 9.

Enfin, ce qui ressort de là, c'est que les formes paralytiques des névropathies surpassent, comme nombre, les formes convulsives épileptiformes, du moins pendant la première phase de la maladie constitutionnelle.

Dans l'ouvrage de M. Buzzard, les observations de syphilis cérébro-spinale précoce sont au nombre de 4. En voici le résumé :

9 mois après un chancre suivi d'accidents secondaires cutanés et muqueux, troubles nerveux variés, et particulièrement douleurs précordiales et cervico-céphaliques survenant pendant la nuit et arrivant presque jusqu'à la perte de connaissance. — Guérison par l'iodure de potassium.

3 ans après un chancre, accidents nerveux vagues, sans localisation précise, n'allant pas jusqu'à la paralysie, ni jusqu'à la convulsion.

13 mois après un chancre infectant, aphasie avec hémiplégie droite ; intermittence des accidents. — Guérison.

2 ans après l'accident primitif, aphasie, hémiplégie droite du membre supérieur, avec hémiplégie faciale du côté gauche. — Guérison imparfaite.

V.

En dépouillant d'autres observations, voici ce que je trouve :

6 mois après l'accident primitif, vives douleurs dans la tête, suivies au bout de quelques semaines d'une

attaque d'hémiplégie droite avec aphasie. Sensibilité intacte, intelligence lucide. — Au bout d'un mois, après plusieurs alternatives de mieux et de plus mal, apparition des accidents nerveux, amaigrissement, aphasie complète. Incontinence vésico-anale, contractions très-vives, mort. — Aucune lésion dans les centres nerveux. (Delaunay.)

9 mois après un chancre infectant, suivi d'accidents cutanés superficiels, hémiplégie gauche et aphasie, survenant brusquement, sans prodromes; durée, 2 mois. Amélioration progressive sous l'influence d'un traitement mercuriel et ioduré. — Guérison incomplète.

Un an après les accidents secondaires, divagation, incohérence des idées avec tendance au suicide; puis atteinte subite d'hémiplégie droite avec troubles intellectuels. — Guérison.

2 mois après un chancre infectant, suivi de roséole, hémiplégie gauche avec paralysie du même côté et diplopie; un peu de diminution de la sensibilité. Cette attaque avait été précédée de fourmillements dans les membres, d'étourdissements, de vertiges, de céphalée.— Aggravation progressive des accidents. — Mort. — *Autopsie :* Ramollissement de presque tout l'hémisphère droit du cerveau, plus prononcé dans le lobe antérieur. — Noyau apoplectique dans le ventricule latéral droit.

3 mois après un chancre induré; céphalalgie violente et perte de connaissance sans paralysie; accès de délire. Un mois après ces prodromes, hémiplégie de tout le côté gauche, avec conservation de la sensibilité; parole lente et difficile, intelligence nulle; selles et urines involontaires. Syphilide palmaire; frictions mercurielles et iodure de potassium; cessation du traitement : retour des accidents avec plus d'intensité. — Écoulement purulent par l'oreille droite. Mort. — Pas d'autopsie.

5 mois après un chancre infectant, suivi d'accidents constitutionnels peu graves, céphalée nocturne intense, embarras de la vision à droite; il survient un état d'imbécillité considérable, avec embarras de la parole et affaiblissement général des fonctions musculaires, compliqué d'un léger état de contracture; puis côté droit en demi-résolution ; stupeur et aggravation progressive des accidents pendant 2 mois.— Mort.— *Autopsie :* Ramollissement général assez marqué, surtout aux parties blanches centrales de l'encéphale. Congestion de la substance grise périphérique. Injection de la pie-mère qui adhère par places à la couche corticale.

15 mois après l'accident primitif, céphalée nocturne, insomnie alternant avec de la somnolence, hémiplégie gauche, embarras de la parole, aggravation des accidents. — Mort. Léger ramollissement à la partie supérieure et antérieure de la substance blanche de l'hémisphère droit, d'une étendue de 2 à 3 centimètres. Aucune autre lésion appréciable dans l'encéphale.

En même temps que les premiers symptômes d'une syphilis constitutionnelle, faiblesse du bras gauche et hémiplégie faciale gauche, puis paralysie complète du bras droit. — Guérison.

6 semaines après un chancre infectant, paralysie de la 6e et de la 7e paires, hémiplégie faciale gauche; céphalée, insomnie, vomissements. — Guérison.

Un an après les premiers symptômes de la syphilis, maux de tête intenses, violentes convulsions avec perte du sentiment; hémiplégie gauche. — Mort. Vis-à-vis l'union des nerfs optiques, vers la naissance des nerfs optiques, duretés qu'on retrouve encore plus avant dans le cerveau.

3 mois après un chancre infectant, hémiplégie droite complète et aphasie. — Guérison.

3 mois 1/2 après des chancres infectants, accidents

vertigineux, douleurs dans les membres, paralysie presque complète des extrémités inférieures, etc. — Guérison.

3 mois après un chancre infectant, hémiplégie faciale gauche. — Guérison.

3 mois après un chancre syphilitique, douleurs cervico-pariétales, accidents vertigineux, sans convulsions, ni paralysie. — Guérison.

3 mois après un chancre infectant, céphalée, vertiges, perte de connaissance, convulsions. — Mort. Exostose interne et externe du pariétal gauche.

2 ans 1/2 après le chancre infectant, convulsions épileptiformes, dyspnée, perte de connaissance — Guérison en 4 mois.

Un an après l'accident primitif, bégayement, attaques épileptiformes. Névralgie trifaciale. — Mort. Toute la portion des méninges qui tapisse le temporal gauche et le rocher est épaissie, rouge et recouverte de pus en dedans et en dehors; la portion correspondante de l'hémisphère gauche est réduite en bouillie jusqu'à 3 centimètres de profondeur. Ganglion de Gasser comprimé, etc.

Un mois après un chancre infectant, troubles de la vue surtout à gauche, dilatation de la pupille du même côté (mydriase), céphalée. Au bout de quelques jours, faiblesse dans les membres pelviens, rendant la marche difficile, incertaine et chancelante, quelquefois raideur dans les extrémités inférieures. — Guérison au bout d'un mois par l'iodure de potassium.

4 mois après un chancre infectant, suivi d'accidents cutanés et muqueux peu graves, assoupissement invincible, puis céphalalgie et insomnie, débilité intellectuelle; enfin affaiblissement notable dans la motilité des membres inférieurs, surtout à gauche. Sensibilité partout con-

servée. — Guérison au bout de 2 mois par l'iodure de potassium.

2 mois après le début d'un chancre infectant, douleurs intenses nocturnes dans toute la longueur des membres, surtout dans les jambes ; convulsions cloniques dans les quatre membres. Apparition d'un exanthème peu après le début des convulsions. — Accès répétés de ces convulsions pendant plusieurs semaines. Guérison par le mercure et l'iodure.

Au 42e jour d'un chancre infectant, avec phimosis et balano-posthite, céphalalgie frontale, douleurs dans les membres, malaise général, fièvre, et 24 heures après, hémiplégie faciale à droite ; hémi-anesthésie de la langue du même côté mydriase à droite. Diplopie, hypéresthésie de la face, du cou et du crâne à droite ; hypéresthésie auditive, nasale et gustative du même côté, etc. ; ancienne tumeur au voisinage de l'angle de la mâchoire. — Syphilide papulo-vésiculeuse. — Guérison rapide par le traitement mercuriel.

3 mois après un chancre infectant, céphalée intense, vertiges, perte de connaissance, difficulté dans la déglutition, puis convulsions et mort. — *Autopsie :* Sur le pariétal gauche, excroissance osseuse spongieuse, soulevant le pariétal et le muscle crotaphyte ; à l'intérieur du crâne, même lésion qu'à la table externe, mais tumeur plus grande, plus arrondie. — Dure-mère intacte.

3 mois après un chancre suivi de syphilide papuleuse, paraplégie avec abolition de la sensibilité des membres inférieurs, paralysie complète de la vessie et du rectum. — Guérison au bout de quelques semaines par l'iodure de potassium.

3 ans après le chancre, attaques d'épilepsie, plusieurs fois par jour. — Guérison par un traitement mercuriel.

Un an après le chancre infectant, hémiplégie et cécité intermittentes.

Un an après l'accident primitif, hémiplégie faciale gauche, précédée d'éblouissements et de surdité. — Guérison.

2 ans 1/2 après le chancre infectant, céphalée, douleurs nocturnes dans les membres ; attaque avec perte de connaissance, suivie d'une hémiplégie gauche ; plus tard attaques d'épilepsie. — Guérison.

2 ans après l'accident primitif, vertiges épileptiques et attaques épileptiformes répétées. — Guérison.

6 mois après l'accident primitif, hémiplégie gauche ; cécité, altération de la mémoire ; paralysie du nerf moteur oculaire commun ; délire furieux. — Guérison.

6 mois après l'accident primitif, hémiplégie gauche ; paralysie du moteur oculaire, paraplégie, anesthésie. — Guérison.

3 ans après le chancre, amaurose.

3 mois après le chancre, paralysie faciale, adénite préauriculaire.

3 ou 4 mois après le chancre, paralysie faciale.

9 mois après le chancre, paralysie du moteur oculaire commun.

2 ans après l'accident primitif, épilepsie, tremblement. — Guérison.

Pour cette dernière série de faits, j'ai choisi parmi un grand nombre, qui pour la plupart sont fort incomplets, ceux qui m'ont paru les plus authentiques et les mieux observés.

Sur ces 35 cas, il y en a eu 9 dans lesquels la syphilis cérébro-spinale s'est traduite uniquement par des convulsions et des attaques épileptiformes. Dans un, l'hémiplégie gauche s'est compliquée de convulsions.

Dans 4, la moelle seule a été atteinte et il y a eu paralysie plus ou moins complète.

Les autres cas se répartissent de la manière suivante :

hémiplégies droites avec aphasie ; 2 hémiplégies gauches avec aphasie ; 6 hémiplégies gauches sans mention d'aphasie ; 2 cas d'hémiplégie droite, l'une simple, l'autre avec troubles intellectuels ; hémiplégie sans que le côté ait été spécifié, 1 cas ; paralysie générale, 1 cas ; paralysie de la face et des muscles moteurs de l'œil, 5 cas. Il y a eu également plusieurs troubles de la vue qui se sont associés aux diverses variétés de la syphilose cérébro-spinale.

Ainsi, dans cette série de faits, comme dans les précédentes, c'est l'élément paralysie qui domine sous toutes ses formes. Les convulsions épileptiformes sont cinq fois moins nombreuses que les hémiplégies et la paralysie réunies. Enfin la moelle épinière est atteinte huit fois moins souvent que le cerveau.

SECTION III.

Considérations sur l'étiologie, les symptômes, les signes et la pathogénie des syphiloses cérébro-spinales précoces.

I

Parmi les innombrables syphilis qui se contractent tous les jours, il y en a relativement fort peu qui exposent immédiatement les malades aux accidents graves de la syphilose cérébro-spinale. Il importerait au plus haut point de pouvoir discerner les cas qu'une fatalité inexplicable condamne à subir de si redoutables éventualités. Malheureusement on n'a encore découvert, ni dans les circonstances étiologiques communes, ni dans les caractères que revêt la maladie constitutionnelle dès ses premières manifestations, aucun indice certain qui permît, non pas d'affirmer, mais même de soupçonner qu'il surviendra, à une époque peu

éloignée, des troubles profonds et permanents dans les fonctions nerveuses.

L'âge, le sexe, le tempérament, l'état de santé antérieur, ne paraissent avoir aucune action prédisposante propre à provoquer ou à faciliter l'explosion de la syphilose cérébro-spinale.

En est-il ainsi du genre de vie, des habitudes hygiéniques? Sans doute, il faut faire entrer dans l'étiologie générale de toutes les manifestations morbides diathésiques, qu'elles appartiennent à la syphilis ou à toute autre maladie constitutionnelle, les écarts de régime, l'alcoolisme, les excès vénériens, les déperditions de force produites par toutes les irrégularités de l'existence matérielle et de la vie morale. Il est évident que les cerveaux excédés par les veilles et les travaux intellectuels, déprimés par les chagrins, tourmentés par des maux réels ou imaginaires, se trouveront dans un état d'aptitude morbide très favorable aux déterminations syphilitiques. Les excès vénériens qui soustraient au névraxe une si grande somme d'influx nerveux, doivent aussi être mis au premier rang parmi les causes prédisposantes.

Mais, il faut en convenir, dans la plupart des cas les névropathies syphilitiques n'ont point besoin, pour se développer, d'un tel concours de conditions étiologiques. Elles procèdent directement de la maladie constitutionnelle, qui les crée par un acte de spontanéité élective, dont nous sommes incapables, jusqu'à présent, de pénétrer le mystère. Nous assistons aux effets sans comprendre le sens de leur causalité profonde.

II

Un fait qui me frappa beaucoup lorsque j'observai pour a première fois des cas de syphilose cérébro-spinale, ce fut

la bénignité de l'accident primitif. Tous mes malades ont eu un chancre infectant superficiel, qui n'a manifesté aucune tendance à l'ulcération et qui s'est guéri en quelques jours sans laisser aucune trace. Et ce que je dis du chancre s'applique aussi aux manifestations générales de la maladie. Des éruptions érythémateuses ou papuleuses, des plaques muqueuses, tels étaient les accidents qui précédaient, accompagnaient ou suivaient les attaques de syphilose cérébro-spinale. On peut dire qu'ils ont toujours été insignifiants, eu égard à la gravité de la détermination viscérale.

D'autres observateurs ont fait la même remarque. — M. Broadbent est celui qui a le plus insisté sur cette particularité. Dans ses belles leçons : *On syphilitic affections of the nevrous system* (*Lancet*, 1874), il soutient que c'est principalement lorsque les symptômes secondaires ont été légers ou ont fait défaut, ou bien lorsque les symptômes tertiaires se sont montrés prématurément que les accidents nerveux ont fait explosion. Il cite, à l'appui de son opinion, Gros et Lancereaux, Braus, Buzzard et Moxon. Cette remarque s'applique à toutes les syphiloses cérébro-spinales, quel que soit le moment de la diathèse auquel elles se produisent.

Eh bien ! quoique M. Broadbent soit très absolu dans sa manière de voir, il le serait encore plus s'il n'avait compris dans son appréciation que les cas de détermination syphilitique *précoce* sur les centres nerveux.

Est-ce à dire que les syphilis graves ou malignes confèrent au malade une sorte d'immunité contre la syphilis cérébro-spinale ? Non, assurément, puisqu'il y a quelques cas qui prouvent le contraire. Mais ce qu'on peut avancer, c'est qu'elles n'y prédisposent pas.

D'un autre côté, parce qu'une syphilis est bénigne dans son accident primitif et dans ses premières manifestations cutanées et muqueuses, faut-il la soupçonner d'éventualités

névropathiques prochaines? Non, encore, puisqu'un nombre immense de syphilis légères ou d'une moyenne intensité évoluent ou guérissent sans les présenter jamais.

Donc, de quelque façon que nous envisagions les causes qui viennent d'être passées en revue, nous sommes condamnés à l'incertitude sur le pronostic.

III

Mais si nous ne trouvons ni chez le malade lui-même, ni dans l'étiologie commune, ni dans les caractères de l'accident primitif, des notions qui nous permettent de prévoir la détermination cérébro-spinale, peut-être serons-nous plus heureux en interrogeant les troubles constitutionnels que suscite quelquefois dans l'organisme l'intoxication syphilitique. — Indépendamment du mouvement fébrile, de l'anémie, de la chute des forces et de l'amaigrissement, etc., on voit chez certains sujets un ébranlement nerveux considérable précéder de quelques jours les éruptions cutanées, et céder peu à peu à mesure qu'elles marchent vers la plénitude de leur efflorescence. Eh bien! quel pronostic peut-on fonder sur ces perturbations si variées et si multiples de la nervosité ? Généralement elles ne présagent rien de grave; elles se calment spontanément ou se dissipent sous l'action de l'iodure de potassium. J'ai vu, chez des femmes ces névropathies d'invasion, acquérir un degré d'intensité extrême, sans laisser trace de leur passage dans le cerveau ou la moelle épinière. Par contre, chez plusieurs sujets atteints plus tard de syphilose cérébro-spinale, les névropathies d'invasion ne s'étaient pas manifestées.

Le danger n'est pas encore là, et de pareils troubles sont rarement les prodromes d'une détermination fixe et organique. Mais, si au lieu d'être fugaces ils persistent; si, loin

de se calmer à mesure que les éruptions mucoso-cutanées se développent, ils redoublent de violence ; et surtout, si, après avoir disparu, ils se reproduisent plus tard d'une manière continue ou par attaques soudaines et nocturnes, il faut les considérer, non plus comme des troubles constitutionnels vagues, mais comme les symptômes précis d'une action morbide qui se localise sur un ou plusieurs points des centres nerveux.

Névralgies temporo-faciales, fronto-cervico-pariétales, myopathies douloureuses des muscles du cou, céphalées atroces à redoublements nocturnes, éblouissements, obnubilations, étourdissements, accès vertigineux, sensations étranges dans l'intérieur du crâne, insomnies ou somnolences invincibles, irradiations douloureuses dans diverses parties du corps, faiblesse musculaire ou indécision et incohérence dans les mouvements, et, du côté de l'entendement, diminution ou trouble de plusieurs facultés intellectuelles, en particulier de la mémoire ; modification du caractère, tristesse, pressentiments sinistres, impressionnabilité excessive, etc., tels sont les phénomènes qui, isolés ou réunis, doivent faire craindre l'invasion prochaine d'une syphilose cérébrale. Leur signification pathologique est en raison directe de leur durée, de leur continuité ou de la fréquence de leurs attaques.

Si tous ces symptômes prémonitoires ont une importance séméiotique que prouve surabondamment l'observation clinique, il y en a quelques-uns qui, par eux-mêmes et par leur association avec d'autres, acquièrent une valeur exceptionnelle. En première ligne, il faut placer *les céphalées*, avec leurs variétés infinies comme siège, intensité, durée, retour périodique ou continuité, etc. Quand ces douleurs de tête deviennent atroces et s'exaspèrent principalement pendant la nuit ; quand par leur violence elles vont jusqu'à produire une sorte de délire momentané, il faut

redouter l'imminence prochaine d'une attaque d'encéphalopathie. L'*insomnie* aussi est un signe capital. Elle peut exister seule ou accompagner la céphalalgie dont elle est la conséquence. — Qu'on ajoute à ces deux prodromes un *affaiblissement brusque et notable de la mémoire*, une *diminution ou une perte complète du pouvoir sexuel*, et on aura un groupe de quatre symptômes indicateurs de premier ordre. Sans préciser la localisation, ils donnent la certitude que les centres nerveux, et surtout le cerveau, sont sous le coup d'un travail morbide grave. Et si à ces symptômes s'ajoutaient, comme j'en ai vu des exemples, la parésie de la vessie et du rectum, des douleurs en ceinture autour du tronc, à divers niveaux, avec des troubles cardio-pulmonaires, on pourrait affirmer que l'action syphilitique a envahi tout le névraxe.

Un autre signe précieux, surtout au point de vue d'une localisation précise, ce sont les douleurs que certains malades ressentent dans les profondeurs de la cavité orbitaire. Elles ressemblent à des douleurs de crampe et proviennent sans doute des efforts inconscients d'accommodation que nécessite la paresse d'un ou de plusieurs muscles moteurs de l'œil. Quand on analyse avec soin les céphalées frontales, on arrive à découvrir et à démêler au milieu de la douleur commune cette douleur orbitaire spéciale qui se manifeste avant la diplopie et les déviations de l'axe visuel.

Les troubles de la sensibilité générale et de la sensibilité sensorielle sont loin de fournir des signes aussi certains que les troubles de la motilité. — Anesthésie, hypéresthésie, se montrent rarement au début ou dans le cours des névropathies syphilitiques, avec une prédominance particulière. — L'hypéresthésie est tout à fait exceptionnelle en dehors des névralgies et des céphalées. Quant à l'anesthésie, elle accompagne la paralysie du mouve-

ment comme dans les névropathies organiques communes; mais elle lui est toujours subordonnée, et j'ai remarqué maintes fois qu'elle est relativement beaucoup moins prononcée dans les paralysies syphilitiques que dans les paralysies se rattachant à une autre cause.

Ces prodromes de l'action syphilitique sur les centres nerveux se montrent presque constamment au début de toutes les syphiloses cérébro-spinales précoces. — Ils ne diffèrent en rien de ceux qui précèdent et annoncent les encéphalo-myélopathies tardives; ils ne leur sont inférieurs ni par le nombre, ni par l'intensité, ni par l'association caractéristique des phénomènes.

IV

Occupons-nous maintenant des symptômes de la détermination syphilitique confirmée, et apprécions-les au double point de vue du diagnostic et du pronostic.

Les troubles de la vue qui résultent d'un défaut d'accommodation sont une des manifestations les plus communes de la syphilose cérébrale. S'ils surviennent dans la première année de la diathèse, il est tout naturel de l'en rendre responsable. La difficulté qui se présente plus tard pour savoir s'ils dépendent de la syphilis ou d'autres affections, telles que l'ataxie locomotrice, par exemple, n'existe pas du moment qu'on est en pleine activité de la maladie générale, et qu'on en voit de tous côtés les manifestations. D'ailleurs, ces paralysies des muscles moteurs, par leur circonscription à quelques rameaux nerveux (mydriase), par l'irrégularité de leur distribution sur l'un des yeux ou sur les deux, sans aucun ordre systématique, portent avec elles le cachet de leur origine.

La question du pronostic est plus difficile et plus grave. Sans doute, par elles-mêmes, ces paralysies n'impliquent

pas un danger considérable ; malheureusement, elles sont rarement seules, et dans un trop grand nombre de cas, elles précèdent et annoncent l'encéphalopathie.

Il faut se défier de ces paralysies et les regarder comme des phénomènes précurseurs d'une autre localisation plus redoutable, quand elles s'accompagnent de névrite optique, de vertiges que n'explique pas la diplopie, quand la céphalalgie se généralise et redouble de violence pendant la nuit, et surtout quand les facultés mentales, la mémoire, la puissance virile, quelques groupes des muscles périphériques, etc., subissent d'une manière continue ou par accès l'influence nocive de l'action syphilitique sur les centres.

Ces paralysies sont incomparablement supérieures comme valeur diagnostique et pronostique à l'*hémiplégie faciale*, qu'on trouve notée dans un si grand nombre d'observations de syphilose cérébrale. J'ai la conviction que l'hémiplégie faciale exempte de toute autre combinaison paralytique, de toute autre manifestation névropathique, est infiniment moins souvent syphilitique qu'on ne le prétend.

Une hémiplégie faciale accidentelle, rhumatismale, ne peut-elle pas se produire au début ou dans le cours de la syphilis, sans que cette maladie entre pour rien dans son étiologie ? C'est une affection assez commune pour qu'il en soit ainsi.

Il y a quelque temps, je donnais des soins à un jeune homme de 21 ans, atteint d'un chancre induré. Le 42e jour de ce chancre, céphalalgie, puis roséole papuleuse confluente, maux de gorge, etc. — Le 50e, sans aucun redoublement de la céphalalgie qui est restée très ordinaire, hémiplégie faciale droite avec paralysie de l'orbiculaire, déviation à gauche de la luette, conservation de la sensibilité, etc. Aucun trouble psychique, aucun phénomène cérébral, rien du côté des autres nerfs.

Ne voilà-t-il pas une hémiplégie faciale survenue dans des conditions telles qu'il serait assez naturel de la considérer comme syphilitique ? Telle ne fut point pourtant ma manière de voir. Je ne donnai pas d'iodure au malade ; je n'augmentai pas la dose de mercure que je lui faisais prendre depuis le début du chancre. Je me bornai à l'application d'un vésicatoire volant derrière l'oreille droite, au-dessous de l'apophyse mastoïde. Au bout de 8 jours, la paralysie avait diminué de moitié, et 15 à 20 jours après, presque entièrement disparu. — J'ai revu ce malade bien souvent depuis; il n'a jamais présenté aucun accident pouvant se rattacher à une syphilose cérébrale.

Pour qu'une hémiplégie faciale soit déclarée syphilitique, il faut d'autres phénomènes que ceux qui se rattachent à une paralysie pure et simple du facial.

Qu'on se donne la peine d'observer avec soin, et on verra que dans les cas où la diathèse intervient, elle se limite rarement à ce nerf. Avant, pendant ou après l'attaque d'hémiplégie faciale, il y a des parésies vagues ou prononcées sur d'autres muscles, sur ceux des yeux, par exemple, ou sur ceux d'un membre du même côté ou du côté opposé. Ou bien ce sont d'autres troubles cérébraux significatifs, tels que les vertiges, la perte de la mémoire, l'insomnie, etc.; et puis, l'encéphalopathie se déclare et il devient visible tôt ou tard que l'hémiplégie faciale n'en était que l'avant-coureur.

Il faut au moins qu'une hémiplégie faciale soit précédée et accompagnée de violentes céphalées nocturnes pour qu'on la considère comme syphilitique. Sans doute l'action diathésique peut se concentrer sur le nerf lui-même ou son conduit osseux, mais la base du cerveau est si près, qu'il y a bien des chances pour qu'elle soit touchée.

V

Les statistiques démontrent combien sont rares les crises épileptiformes pendant les premières phases de la syphilis.

Donc, eu égard à leur fréquence, elles ont beaucoup moins d'importance que les phénomènes paralytiques ; mais comme symptômes diathésiques, elles ne leur cèdent en rien. — Ne sont-elles quelquefois qu'une simple perturbation nerveuse sans lésion matérielle persistante? Un trouble névropathique transitoire et semblable aux céphalées de la période prodromique des éruptions érythémateuses de la syphilis? Rien ne prouve qu'il en soit ainsi. Au contraire l'épilepsie généralisée, mais surtout l'épilepsie localisée, partielle, hémiplégique, cette hémiplégie si remarquablement décrite par M. Hughlings Jackson, qu'on l'appelle souvent Jacksonienne, cette épilepsie est éminemment syphilitique; et, au même titre que la paralysie, que l'aphasie, elle traduit un désordre matériel produit par l'action diathésique surt el ou tel point de l'écorce cérébrale.

Ce n'est pas ici le lieu de tracer les caractères distinctifs de l'épilepsie syphilitique ; ils ont été magistralement établis par les belles recherches de M. Hughlings Jackson. Todd, Broadbent, Buzzard et d'autres pathologistes anglais en ont aussi donné des descriptions qui ne laissent rien à désirer.

Ne serait-il pas rationnel de supposer que les convulsions, les contractures, les épilepsies généralisées ou partielles, en un mot tous les phénomènes qui traduisent une excitation cérébrale morbide de l'écorce, devraient s'observer bien plus fréquemment pendant les premières phases de la syphilis que plus tard? Eh bien ! ce n'est point là

ce qui a lieu. Dans les syphiloses cérébro-spinales précoces, tous les centres fonctionnels présentent en général une prédominance marquée des phénomènes de dépression.

Si l'épilepsie syphilitique précoce est rare, elle devient, par contre, un accident commun à la période moyenne ou tardive de l'évolution diathésique. Elle se rattache alors, soit à des gommes de l'écorce, soit plus fréquemment à des scléroses corticales, à des inflammations spécifiques, avec suffusion plastique localisée ou diffuse des méninges, à des pachyméningites spécifiques partielles, etc.

Les syphiloses méningo-encéphaliques diffuses ne sont pas moins rares que la syphilose épileptiforme pendant la première phase de la syphilis. Je n'en ai observé qu'un ou deux cas, et je n'en ai trouvé que fort peu d'observations dans les recueils scientifiques. Est-ce un effet du hasard ?

Un médecin américain des plus distingués, M. le docteur Taylor, croit cependant que la méningite subaiguë syphilitique est relativement fréquente pendant la seconde période de la syphilis. Céphalalgie violente et continue, vertiges, cauchemars ou insomnies, éréthisme nerveux, hypéresthésie des sens, troubles psychiques, délire intermittent ou continu pouvant aller jusqu'à la manie suraiguë, fièvre, etc., tels sont les principaux symptômes qui se sont présentés chez deux malades de M. Taylor, qui ont guéri, et chez un troisième, où les choses ont toujours marché en s'aggravant.

Un type de ces sortes de syphiloses méningo-encéphaliques diffuses, c'est le malade de l'observation I^re^, dont l'histoire est racontée dans la première partie de ce mémoire (page 5). Les commentaires dont je l'ai fait suivre me dispensent de décrire ici cette forme. Je dois me borner à insister sur sa rareté relative, malgré l'analogie de pro-

cessus qui devrait exister entre les lésions congestives et inflammatoires mucoso-cutanées, et les inflammations et hypérémies spécifiques des méninges.

VI

La question des méningo-encéphalites me conduit à examiner la valeur des troubles psychiques et des paralysies généralisées ou diffuses pendant les premières périodes de la syphilis.

Je n'ai jamais observé à cette époque de psychose pure, c'est-à-dire dégagée de toute autre association phénoménale. Dans tous les cas, l'intelligence et le moral ont été plus ou moins ébranlés, et même atteints quelquefois au point de ne s'en pouvoir pas relever; mais l'affection mentale n'était qu'un épisode de l'encéphalopathie spécifique, une sorte de décadence qui marchait parallèlement à celle des autres fonctions nerveuses, et qui loin de dominer cette dernière, lui semblait plutôt subordonnée.

Dans les syphilopsychoses, dont on exagère peut-être un peu trop la fréquence depuis quelques années, il se produit rarement des conceptions délirantes à direction fixe et invariable. Sans doute, beaucoup de malades tombent dans la mélancolie et l'hypochondrie; l'idée du suicide hante souvent leur cerveau malade. Mais ce qui caractérise leur état mental, c'est surtout l'hébétude, l'abrutissement, l'absurdité, la bizarrerie, l'incohérence des idées, l'affaiblissement progressif de la mémoire et de toutes les autres facultés. En un mot, on observe chez eux l'état mental du ramollissement beaucoup plus que celui de la folie proprement dite.

Voilà à quoi se sont réduites les syphilopsychoses que j'ai vues se développer pendant la première phase de la dia-

thèse. Et remarquez bien qu'elles n'étaient qu'au second plan. Comme date et comme importance elles ne venaient qu'après les accidents paralytiques.

Qu'on ne se figure pourtant pas que je réduise au rôle d'un simple épiphénomène les troubles psychiques produits par la syphilis. Je veux dire seulement qu'il est rare de les voir occuper toute la scène morbide à eux seuls et que, dans le vaste complexus pathologique de la syphilose cérébrale, ils se font une place plus ou moins grande, sans toutefois l'envahir tout entière.

Et puis, les manies vraies qui surviennent chez un syphilitique sont-elles toujours syphilitiques ? La syphilis ne pourrait-elle pas là, comme pour d'autres états morbides, ne jouer que le rôle de cause incitatrice? N'est-ce pas ce qu'elle fait dans beaucoup de cas de paralysie générale qu'on a peut-être tort de lui attribuer exclusivement?

Ce sont là de graves questions que je me contente d'effleurer ici. Et si je parle de la paralysie générale, c'est que j'ai été appelé à donner mon avis sur un malade devenu paralytique général, trois ou quatre ans après le début d'une syphilis d'intensité moyenne, dont je l'avais soigné pendant deux ans. — C'était une paralysie générale typique dans toutes ses manifestations, aussi bien que dans son processus, et il me fut impossible de saisir en elle aucun de ces phénomènes morbides si caractéristiques par leur marche et par leur association, qui émanent directement de l'action syphilitique sur les centres nerveux.

La syphilis donne lieu à des *paralysies généralisées* plutôt qu'à la cérébropathie bien définie qu'on nomme la *paralysie générale*. — Dans ces sortes d'états morbides terminaux, où l'envahissement progressif de tous les centres par le travail morbide syphilitique a diminué, anéanti ou bouleversé toutes les activités nerveuses dans leur sy-

nergie fonctionnelle, nous trouvons tous les désordres névropathiques. C'est un chaos surprenant de symptômes paralytiques, psychiques, sensoriaux, auxquels rien ne manque, sauf la coordination phénoménale, la *systématisation* de tel ou tel accident, dont la prédominance marque certaines maladies d'une empreinte ineffaçable. Je dirai de la paralysie générale ce que j'ai dit dans un autre ouvrage de l'ataxie locomotrice, dans ses rapport de causalité avec la syphilis. Cette maladie peut donner lieu à des états morbides qui se rapprochent beaucoup de ces deux affections et qui leur ressemblent, mais quand on y regarde de près on arrive presque toujours à découvrir les signes différentiels.

VII

Mais revenons à notre sujet. Les paralysies localisées constituent l'événement pathologique le plus remarquable des syphiloses cérébro-spinales précoces. Il suffit de jeter un coup d'œil sur le sommaire des observations pour s'en convaincre. Nous avons étudié plus haut quelques paralysies partielles de la face et nous avons fait ressortir leur valeur diagnostique et pronostique.

Maintenant nous allons parler de paralysies bien autrement importantes, parce qu'elles sont d'origine centrale et qu'elles impliquent toujours l'existence d'une lésion grave du névraxe.

Comparées aux paralysies partielles, disséminées sur les muscles de la face ou les moteurs de l'œil, les hémiplégies de tout un côté du corps forment un faisceau symptomatique solidement lié. Ajoutez à cela qu'elles s'associent très souvent, du moins celles du côté droit, avec l'aphasie.

Cette systématisation phénoménale, au milieu de l'irrégularité, de l'éparpillement de quelques autres phénomènes nerveux syphilitiques, n'est-elle pas une circonstance patho-

logique des plus frappantes? Elle se rattache à des questions de physiologie pathologique, dont j'ai fait ressortir tout l'intérêt dans un autre travail (1).— Mais on ne saurait trop y insister; aussi vais-je aborder de nouveau une étude qui est bien en place ici, puisque ces hémiplégies avec aphasie sont l'expression phénoménale la plus commune des syphiloses cérébrales précoces. En effet, elles entrent pour moitié environ dans le nombre des cas que j'ai pu recueillir, de telle sorte que parmi les individus dont une syphilis récente doit atteindre les centres nerveux, l'hémiplégie avec ou sans aphasie est l'accident le plus à craindre.

Les hémiplégies syphilitiques d'origine centrale ne se produisent pas habituellement d'une façon lente et progressive comme la lésion dont elles dépendent. Elles frappent brusquement. C'est une véritable attaque d'apoplexie qui a lieu. Elles ressemblent beaucoup aux apoplexies de toute autre cause.

Elles en diffèrent pourtant par deux caractères : l'absence habituelle de perte de connaissance et le degré de la paralysie, qui va rarement jusqu'à l'abolition complète de la motilité. On pourrait ajouter aussi à ces deux caractères une paralysie moins prononcée de la sensibilité.

Toutes les paralysies syphilitiques ne sont pas apoplectiformes. Les paraplégies, par exemple, s'établissent peu à peu, quand elles dépendent d'une lésion de la moelle. Il en est autrement si elles proviennent d'une lésion simultanée des centres psycho-moteurs de l'écorce, dans l'un et l'autre hémisphère cérébral. La plupart des paralysies partielles se rapprochent comme processus de la paralysie des extrémités inférieures.

Un autre trait des paralysies syphilitiques, c'est que

(1) Des localisations de la syphilose corticale du cerveau. Aphasie et hémiplégie droite syphilitiques à forme intermittente. Masson, lib.-éd., 1876.

celles de droite alternent souvent avec celles de gauche.

VIII

Avant d'aller plus loin, je voudrais pouvoir donner une description précise et complète des désordres anatomiques que la syphilis peut produire dans les centres nerveux, à une époque très rapprochée de son début. Malheureusement les faits manquent; ceux que nous possédons ont été recueillis à une époque où on n'examinait pas les lésions avec le soin et la minutie qu'on y apporte aujourd'hui. On ignorait que les artères cérébrales deviennent malades sous l'influence de la syphilis. Cette découverte a fait une révolution dans l'anatomie pathologique des syphiloses cérébro-spinales. On commence à se rendre compte de certains faits qui paraissaient étranges parce qu'on ne pouvait pas les expliquer. Peu à peu se sont dissipées bien des obscurités pathogéniques.

On s'accorde généralement à regarder les lésions internes qui se produisent au début de la syphilis comme moins graves que celles qui arrivent à une période plus avancée. Cette manière de voir est exacte pour tous les organes, sauf pour les centres nerveux. Qu'on veuille bien remarquer, en effet, que les syphiloses cérébro-spinales précoces sont tout aussi graves au début qu'à la phase moyenne ou aux phases ultimes de la maladie constitutionnelle. Un malade qui devient aphasique et hémiplégique quatre ou cinq mois après le chancre est aussi sérieusement atteint que s'il n'est frappé que 5, 10 ou 15 ans après le début de l'intoxication. A quoi tient cette fatalité? A la hiérarchie fonctionnelle, à la structure délicate de l'organe. Ce n'est pas le produit morbide lui-même qui est dangereux : l'hyperplasie diffuse ou circonscrite, les gommes, etc., etc., en tout autre point que le cerveau ou la moelle, seraient

comparativement peu dangereuses. Mais la désorganisation des éléments nerveux, qu'ils provoquent, est la cause des désordres les plus funestes, des troubles fonctionnels qui mettent la vie en danger ou qui compromettent pour toujours la vie cérébrale dans une ou plusieurs de ses manifestations. Chez aucun de mes malades le cerveau et la moelle touchés pendant les douze premiers mois de la syphilis n'ont récupéré l'intégrité de leurs fonctions. Chez quelques-uns la guérison a été satisfaisante, sans être pourtant *absolue*. D'autres sont restés infirmes par quelques points du fonctionnement nerveux. Un est mort et un autre, parmi ceux que j'ai pu suivre, a descendu peu à peu tous les degrés du ramollissement cérébral, et en est arrivé à l'imbécillité psychique et à une akinésie avec ataxie musculaire irrémédiables.

Les conséquences sont-elles plus sérieuses aux autres phases de la syphilis ? Non, et autant que j'en puis juger par mon expérience personnelle, elles restent à peu près les mêmes, en ce qui concerne le système nerveux, à toutes les périodes de la syphilis.

Ce que j'ai dit autrefois du pronostic relativement favorable des lésions syphilitiques précoces du système osseux (1), ne s'applique donc pas aux affections syphilitiques précoces du système nerveux.

IX

Il serait difficile de faire dès maintenant une histoire dogmatique des lésions anatomiques qu'on a observées dans les syphiloses cérébro-spinales précoces. Qu'il me suffise de dire que toutes celles qu'on rencontre plus tard peuvent

(1) *Mémoire sur les affections syphilitiques précoces du système osseux*, Paris, 1872, Adrien Delahaye.

se produire pendant les deux ou trois premières années de la maladie constitutionnelle et même pendant ses douze premiers mois.

Mais celles qui semblent prédominer sont les altérations de l'écorce et les lésions artérielles. Dans les deux, le ramollissement de la pulpe du cerveau, soit au centre, soit surtout à la périphérie, c'est-à-dire dans la couche corticale, est le résultat inévitable de la lésion primitive.

On a vu aussi dans quelques cas (et il y en a deux exemples parmi les observations que j'ai résumées) la lésion initiale siéger dans les os, et se propager de là par l'intermédiaire des méninges jusque dans le cerveau.

Enfin, quelquefois l'autopsie n'a fait constater dans les centres nerveux aucune altération. Il est probable qu'alors les artères seules étaient lésées et qu'une ischémie cérébrale généralisée ou portant sur des centres vitaux de premier ordre, a supprimé peu à peu ou affaibli progressivement des fonctions nerveuses indispensables à la vie.

Les lésions artérielles produites par la syphilis ont été recherchées et étudiées avec grande attention dans ces derniers temps, surtout, en Angleterre et en Allemagne. L'action de la syphilis sur le système artériel n'avait pas échappé aux anciens auteurs ; mais elle avait été pressentie plutôt que solidement établie, par Lancisi, Morgagni, Astruc et quelques autres. C'est depuis 1847 que des observations précises ont été publiées sur ce sujet par MM. Dettrick, Goldemeester, Esmarch, Stemberg, Wilks, Moxon, Broadbent, Russel, et surtout par MM. Hughlings Jackson et Heubner. Ce dernier pathologiste a fait paraître en 1874 une monographie considérable sur les lésions syphilitiques des artères, où il a réuni cinquante observations pruntées à tous les pays.

Il se produit dans les artères des lésions de voisinage quand une tumeur gommeuse ou un épanchement plastique

les englobent ou les compriment. Qu'arrive-t-il alors ? Les parois du vaisseau s'altèrent, se rapprochent et une oblitération complète ou incomplète se produit, qui entraîne l'ischémie, puis la nécrobiosie dans la sphère de distribution du vaisseau. Nul doute que plusieurs ramollissements superficiels du cerveau d'origine syphilitique ne se forment de cette façon.

Mais les lésions les plus intéressantes des artères sont celles qui attaquent directement et primitivement leurs parois. Elles sont au nombre de trois. Les tumeurs gommeuses, l'endartérite et la périartérite.

Pour MM. Hughlings Jackson, Wilks et Moxon, l'existence de petites tumeurs gommeuses dans l'épaisseur des parois artérielles ne doit pas être mise en doute. Chose curieuse ! on ne les rencontre que dans les artères du cerveau. Les artères des autres parties du corps paraissent avoir le privilége de ne subir en aucune façon les atteintes de la syphilis. Pourtant quelques anatomo-pathologistes supposent maintenant que les artérioles cutanées sont frappées d'endartérite oblitérante dans une série de cas et notamment dans les affections cutanées ulcéreuses de la syphilis.

Quoi qu'il en soit, l'artérite syphilitique interne ou externe se développe surtout dans les artères intracrâniennes. Pour les uns, c'est la périartérite qui s'observe le plus communément ; pour les autres, c'est l'endartérite. Parmi ces derniers se range M. Heubner, qui localise le processus syphilitique des artères dans la partie la plus interne de leur couche moyenne.

La conséquence de ces lésions artérielles, c'est le rétrécissement du calibre des vaisseaux et leur oblitération par des caillots sanguins. Les sujets qui en sont atteints se trouvent donc placés dans les mêmes conditions que ceux

dont les artères cérébrales sont athéromateuses. Ils sont à chaque instant dans l'imminence d'une encéphalopathie résultant de l'ischémie brusque ou progressive produite par l'atrésie, la trombose ou même l'embolie, cette dernière ne pouvant se produire toutefois que dans la sphère des artères intracrâniennes, puisque le cœur et les grosses artères sont intactes.

X

Les lésions des méninges, surtout celles de la pie-mère et de l'arachnoïde, pendant les premières phases de la syphilis, ont été mises hors de doute par les autopsies. Ainsi Griesinger découvrit les lésions suivantes chez un individu qui devint hémiplégique et idiot six mois après l'infection syphilitique : la dure-mère était normale, la pie-mère était enflammée et épaissie, partout, mais principalement sur la convexité des hémisphères et adhérait intimement à la couche corticale du cerveau. L'arachnoïde présentait les mêmes lésions, mais à un moindre degré. Chez une malade de M. le docteur Kuh, qui fut prise en pleine période secondaire de troubles cérébraux variés, paralytiques et convulsifs qui entraînèrent la mort, les membranes du cerveau étaient infiltrées d'une exsudation jaune qui existait aussi sous forme de petites masses dans l'épaisseur des hémisphères du cerveau.

Les lésions des méninges, qu'elle soient hyperplasiques ou gommeuses, doivent être regardées comme fréquentes dans les syphiloses cérébro-spinales précoces. Et qu'y a-t-il d'étonnant à cela ? En 1872, un des syphiliographes les plus éminents de l'Allemagne, M. Zeissl, disait avec beaucoup de justesse que la pie-mère, qui ne le cède point à l'iris pour la richesse et la muscularité de ses vaisseaux, pouvait être

atteinte, ainsi que cette dernière membrane, avec laquelle elle a des connexions si étroites. Il ajoutait que la ressemblance est plus grande encore entre l'arachnoïde et l'enveloppe séreuse du foie et la tunique vaginale, et que la périhépatite et la périorchite survenant à une époque relativement précoce de la syphilis, il était probable que la séreuse du cerveau devait être sujette à des attaques de la même espèce, ayant pour résultat son épaississement.

Les méningopathies syphilitiques précoces n'ont pas plus de tendance à la généralisation que les anciennes. Elles sont habituellement circonscrites ou plus développées sur certains points que sur d'autres. C'est à elles qu'il faut rapporter les syphiloses à symptômes disséminés convulsifs et paralytiques.

Dans l'interprétation pathogénique des phénomènes nous pouvons donc prendre pour base anatomo-pathologique deux ordres de lésions prédominantes : d'une part, les endartérites ou les affections gommeuses des artères intracrâniennes, et d'autre part les hyperplasies diffuses ou circonscrites des méninges et de l'écorce cérébrale. Le ramollissement est toujours le terme de ces deux ordres de lésions.

Les méningopathies et les artéropathies cérébrales ne s'excluent point ; elles peuvent coexister comme aussi elles peuvent se produire isolément.

Les symptômes doivent différer suivant que l'une ou l'autre de ces lésions existe seule ou prédomine. Mais comme le ramollissement est le terme de toutes les deux, il est bien difficile que l'analyse des phénomènes puisse conduire à un diagnostic anatomique rigoureusement exact.

XI

On peut diviser l'hémiplégie syphilitique en trois variétés (1). La première se développe lentement; elle est directe et provient de la compression qu'exerce sur les fibres une tumeur gommeuse développée dans les conducteurs nerveux eux-mêmes ;

La seconde, causée par un ramollissement local du cerveau, se rattache à une dégénérescence gommeuse de l'artère cérébrale moyenne ou d'une de ses branches, qui la retrécit ou l'oblitère ;

La troisième, qui est presque toujours transitoire, survient après une convulsion (hémiplégie convulsive de Todd). Elle est produite par une hyperplasie gommeuse des membranes, qui a envahi les circonvolutions, et qui, agissant sur elles comme un corps étranger, a troublé l'équilibre de la matière grise, l'a mise en état d'instabilité fonctionnelle, et l'a poussée à une décharge nerveuse (*discharging lesion*).

Or, la conséquence des lésions à décharge convulsive c'est une paralysie transitoire par épuisement des fibres nerveuses qui, dans le corps strié, ont été surmenées par la violence du courant convulsif.

Les hémiplégies convulsives ne sont pas produites par une congestion ou une extravasation sanguine. Le processus est le suivant :

1° Formation d'une hyperplasie ou d'une tumeur dans le tissu connectif méningo-encéphalique ;

2° Instabilité d'équilibre fonctionnel déterminée par la production morbide dans la matière grise avoisinante ;

(1) Hughlings Jackson.

3° Décharge paroxystique de la matière grise sous forme de convulsions ;

4° Epuisement temporaire des fibres nerveuses du corps strié, correspondant au territoire de la matière grise envahie par la morbiformation.

Ces trois modes pathogéniques de l'hémiplégie syphilitique peuvent se produire dans les syphiloses cérébrales précoces. Mais, comme je l'ai déjà dit, le deuxième, c'est-à-dire l'hémiplégie droite ou gauche, procédant par attaques apoplectiformes, est la plus commune.

La même interprétation peut s'appliquer presque rigoureusement à l'aphasie. Toutefois, ainsi que le fait remarquer M. Hughlings Jackson, les hyperplasies, les tumeurs, de quelque nature qu'elles soient, syphilitiques ou autres, ne causent point, en général, une abolition du langage aussi étendue, aussi complète que le ramollissement et l'hémorrhagie.

Les deux principales variétés pathogéniques de l'aphasie syphilitique seraient donc :

1° L'aphasie symptomatique d'un ramollissement produit par une thrombose de l'artère cérébrale moyenne gauche. Elle correspond exactement à la deuxième variété de l'hémiplégie ;

2° L'aphasie épileptique, qui est le pendant de l'hémiplégie épileptique, et qu'on rencontre assez souvent dans la syphilis.

Parmi nos observations de syphilose cérébrale précoce, c'est la première variété d'aphasie qui l'emporte de beaucoup sur la seconde comme fréquence, et elle s'associe à la deuxième variété d'hémiplégie, surtout quand cette hémiplégie siège du côté droit.

Qu'en faut-il conclure, c'est que ce remarquable syndrome, aphasie et hémiplégie droite, qui constitue le mode

symptomatique le plus commun des syphiloses cérébrales précoces, se rattache presque toujours à une altération syphilitique de l'artère moyenne du côté gauche.

Ici se présente une difficulté qu'il faut faire ressortir pour mettre en garde contre les interprétations trop précipitées. On s'explique très bien que l'embolie des sylviennes, consécutive à l'athérome artériel se produise plus facilement à gauche qu'à droite, et que par conséquent l'hémiplégie droite et l'aphasie, qui en sont la conséquence, soient, plus souvent que d'autres phénomènes paralytiques, le symptôme de la dégénérescence athéromateuse droite. Si la sylvienne gauche, en effet, est plus souvent oblitérée que la droite, c'est que la carotide gauche se trouve plus directement que la droite dans l'axe du courant sanguin, et qu'elle est la voie la plus droite que puisse prendre l'embolus pour aller du cœur et de l'aorte au cerveau. La prédominance de la lésion à gauche dépend donc en pareil cas d'une simple disposition anatomique. En est-il ainsi dans les syphiloses avec le syndrome aphasie et hémiplégie droite ? Non, puisque la lésion ne provient point d'un embolus parti de l'aorte ou du cœur, mais d'un rétrécissement ou d'une oblitération thrombosique née sur le lieu même par le fait d'une artérite syphilitique qui a choisi la sylvienne gauche.

Du reste, que l'aphasie et l'hémiplégie droite syphilitiques résultent d'une dégénérescence gommeuse, d'une artérite chronique et de la thrombose, qui en est la conséquence ; ou bien qu'elles soient produites par une hyperplasie des méninges et de la névroglie corticale, indépendante de toute lésion artérielle, n'est-il pas étonnant de voir la syphilis affecter une prédilection si singulière pour le côté gauche du cerveau ?

Quelle en est la cause ?

Il paraît démontré que plus un organe est en état d'acti-

vité physiologique, plus est grande la préférence qu'ont pour lui les manifestations diathésiques. Eh bien, dans cette affinité élective de la syphilis pour le côté gauche du cerveau ne faudrait-il pas voir une preuve de l'énorme prédominance fonctionnelle de l'hémisphère gauche chez la plupart des individus ?

Et ce qui vient à l'appui de cette hypothèse, c'est que les ramollissements syphilitiques par ischémie et ceux par productions gommeuses méningo-corticales s'établissent surtout dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne droite ou gauche, au voisinage du sillon de Rolando et de la scissure de Sylvius, c'est-à-dire dans les parties les plus actives des hémisphères, dans la région des centres idéo-moteurs.

XII

D'après ce que je viens d'exposer, il existerait donc deux grandes variétés d'encéphalopathies syphilitiques. Les unes seraient consécutives aux troubles ischémiques, provenant de la syphilose des artères du cerveau ; les autres dépendraient de productions gommeuses ayant leur siège dans les méninges ou dans la névroglie. Les premières présenteraient les symptômes du ramollissement classique, les secondes ceux des tumeurs du cerveau.

Cette distinction ne manque point d'importance clinique, surtout au point de vue du pronostic et du traitement. Sans doute, il ne faut pas toujours chercher à l'établir d'une manière absolue, ni la poursuivre dans toutes ses conséquences théoriques ; mais on doit la regarder comme fondée et en tenir compte.

Ces deux variétés de l'encéphalopathie syphilitique peuvent exister séparément ; bien des fois aussi elles coïnci-

dent. Et quelle raison les rendrait incompatibles ? Ne procèdent-elles pas de la même cause générale que rien n'empêche d'agir et qui agit, en effet, simultanément sur divers tissus et sur divers organes? etc. C'est parce que ces encéphalopathies combinent leurs effets, mélangent et enchevêtrent leurs symptômes, qu'on observe dans beaucoup de syphiloses cérébrales tant de phénomènes un peu disséminés de tous les côtés, sans lien fonctionnel apparent et sans uniformité dans le processus.

Voici en quelques mots un parallèle séméiotique entre ces deux variétés d'encéphalopathies syphilitiques :

La céphalalgie est un prodrome commun au ramollissement syphilitique ischémique et aux productions gommeuses corticales ; mais dans le premier elle est diffuse, bilatérale, habituellement frontale ou généralisée, tandis que dans les secondes elle est fixe, circonscrite du côté de la néoplasie et à son niveau, rémittente et paroxyntique.

La paralysie ou la parésie dans tout un côté du corps, ou du moins dans une portion considérable de ce côté, se manifeste sous forme d'attaques, sans perte de connaissance dans le ramollissement ischémique. Dans les néoplasies gommeuses méningo-corticales, les troubles du côté de la motilité débutent très souvent par une épilepsie partielle ou hémiplégique, par cette épilepsie avec aura, que Bravais avait découverte dès 1827, et qui a été si parfaitement décrite de nos jours par Hughlings Jackson. Ce symptôme appartient en propre aux tumeurs cérébrales et ne se voit jamais ou presque jamais dans le ramollissement, surtout au début.

J'en dirai autant des vomissements.

Les troubles psychiques, les altérations de la sensibilité générale et des organes des sens, sont aussi beaucoup plus communs dans les productions gommeuses méningo-corticales que dans le ramollissement.

Quoiqu'il y ait beaucoup plus de richesse et de variétés dans la séméiologie des tumeurs syphilitiques du cerveau que dans celles du ramollissement ischémique, cependant cette dernière affection est plus grave que la première. — Une étendue plus considérable de la pulpe cérébrale est irrémédiablement détruite, et puis les spécifiques ont infiniment moins de prise sur la syphilose des artères que sur celle des méninges ou de la névroglie. C'est sans doute à l'affection syphilitique des artères cérébrales qu'il faut rapporter ces graves encéphalopathies qui résistent au mercure et à l'iodure de potassium, tout autant que les encéphalopathies d'origine athéromateuse.

Parmi les troubles sensoriaux produits par les tumeurs méningo-corticales d'origine syphilitique ou autre, ceux de la vue occupent la place la plus importante. Leur étude a été faite avec une grande perspicacité par M. Hughlings Jackson (1). La névrite optique (*optic neuritis*), les altérations consécutives du disque et l'amaurose ont été, de sa part, l'objet d'une étude approfondie. Il a établi, d'après de nombreuses observations, que la névrite optique avec ou sans atrophie du disque, est presque toujours double, bien qu'elle se rattache souvent à une lésion du cerveau unilatérale. « D'une manière générale, dit ce savant médecin, les symptômes cérébraux se groupent non seulement selon leurs affinités fonctionnelles, mais quelquefois suivant les divisions nutritives et artérielles de la région. Si un malade a une double névrite optique et des convulsions ayant débuté dans la main ou la face, on trouvera la lésion dans les circonvolutions du district arrosé par l'artère cérébrale moyenne.

. . . . . .

« La convulsion ne peut fournir aucune information re-

(1) *Physician's notes on ophthalmology*, by Hughlings Jackson, p. 6, et suiv.

tativement à la nature de la lésion. Elle n'indique que le lieu où se sont produits les changements qui perturbent l'équilibre de la matière grise et la poussent à des décharges. Cette disposition dépend-elle ou ne dépend-elle pas d'une tumeur ? La maladie est-elle organique ou fonctionnelle ? S'il n'existe pas de névrite optique, il est très probable que l'accès ne dépend ni d'une tumeur ni d'aucun autre produit morbide. Mais, s'il existe une névrite optique double, nous pouvons conclure avec confiance que la maladie siégeant dans le territoire de l'artère cérébrale moyenne est une tumeur. La névrite optique indique donc la nature générale de la lésion, tandis que la convulsion en indique le siège.

« La névrite optique peut provenir d'une maladie du cervelet.

« . . . La névrite optique peut exister sans une tumeur du cerveau. Néanmoins, je pense que la névrite optique est le signe le plus certain d'une grosse lésion (*coarse organic disease*) située dans l'intérieur du crâne. »

XIII

Pour terminer les considérations théoriques et surtout pratiques que m'a suggérées l'étude des syphiloses cérébro-spinales, il me resterait à parler du traitement. Mais j'en suis presque dispensé par les commentaires dont j'ai fait suivre chaque observation.

Dès qu'on voit poindre chez un syphilitique quelques-uns des prodromes qui signalent, à toutes les périodes de la maladie, l'invasion des accidents nerveux, il faut se hâter de prévenir et de combattre la détermination. L'iodure de potassium à haute dose doit être immédiatement administré. Si le malade en prenait déjà, il faut que la quantité en soit augmentée.

Ce médicament, si précieux dans le traitement de la syphilis, si efficace contre un grand nombre de ses manifestations, ne produit pas toujours les résultats merveilleux qu'on en attend, lorsqu'il s'agit de syphiloses cérébro-spinales. Il échoue même quelquefois complètement ou il ne procure que des guérisons incomplètes. J'ai déjà dit incidemment qu'il ne paraissait avoir qu'une prise médiocre sur les lésions syphilitiques des artères cérébrales. Enfin, j'ai constaté qu'il ne fallait pas beaucoup compter sur ses vertus préventives, puisque les syphiloses cérébro-spinales se sont développées en plein traitement ioduré.

Si je fais ces restrictions au sujet de l'iodure, à plus forte raison s'appliqueraient-elles au mercure. Ne l'a-t-on pas accusé de prédisposer aux déterminations syphilitiques sur la moelle et l'encéphale? Cette grave question n'est pas jugée ; et, comme il est incontestable que les préparations hydrargyriques ont produit une amélioration notable et même une guérison rapide dans beaucoup de cas, il est d'usage de les employer conjointement avec l'iodure.

Pour agir avec plus de rapidité sur les lésions syphilitiques dans ces cas où il importe à un si haut degré de les faire disparaître, on a recours aux frictions.

L'iodure à haute dose et les frictions hydrargyriques, tels sont les deux agents les plus actifs du traitement des syphiloses cérébro-spinales. Mais il ne faut pas les administrer d'une manière continue pendant trop longtemps. Il vaut mieux en interrompre l'usage à des intervalles de 15 ou 20 jours pour le reprendre ensuite. Cette méthode qui laisse à l'organisme le temps de se reposer et empêche l'accoutumance, paraît donner de meilleurs résultats que la méthode contraire. Du reste, les règles générales sont insuffisantes. Il faut savoir s'inspirer des circonstances.

Le traitement des syphiloses cérébro-spinales précoces

est le même que celui des syphiloses cérébro-spinales tardives.

L'âge de ces affections n'est la source d'aucune indication particulière. Comme les premières sont aussi dangereuses que les autres, le traitement ne doit être ni plus faible ni moins prolongé.

APPENDICE.

Bien que j'aie donné de longs développements à toutes les questions qui, de près ou de loin, se rapportent aux affections syphilitiques précoces du système nerveux, je crois qu'il ne sera pas sans utilité de publier les nouveaux documents que j'ai recueillis ou qui m'ont été communiqués depuis que ce mémoire est terminé.

I

Un de nos jeunes confrères les plus instruits, M. Maximilien Zeissl fils, a eu l'obligeance de m'adresser une note sur les remarques faites par son père, dans sa vaste clientèle, au sujet des affections syphilitiques du système nerveux.

Le savant syphiliographe de Vienne a vu la syphilis attaquer le cerveau, la moelle épinière et les nerfs, une fois, deux mois après l'infection chancreuse, au moment où elle s'accompagnait des manifestations secondaires habituelles. Mais le plus ordinairement, les déterminations de la maladie constitutionnelle sur le système nerveux ne s'effectuaient qu'au bout de 1, 2 et 3 ans. Dans quelques cas, ce n'est qu'après vingt années et même plus que les centres nerveux ont été atteints par la syphilis.

Sur 3,289 syphilitiques traités par M. le professeur Zeissl,

à sa clinique, dans ces huit dernières années, la syphilis n'a attaqué le système nerveux que chez quatre personnes. Dans sa clientèle privée, M. Zeissl a constaté plusieurs fois que la syphilis cérébrale se produisait surtout chez les personnes qui s'occupaient sérieusement de travaux intellectuels ardus, tels que les mathématiques, par exemple, etc

Lorsque l'éruption du premier exanthème syphilitique est accompagnée de céphalées excessivement violentes, le célèbre professeur de Vienne a l'habitude de les combattre avec les frictions mercurielles; deux ou trois suffisent, en général, pour faire disparaître cette manifestation menaçante.

Quant aux névralgies symptomatiques de la syphilis, il les traite avantageusement avec des pilules d'iodoforme formulées de la manière suivante :

Poudre d'iodoforme	1,50
Extrait et poudre de gentiane. . . .	q. s.

pour faire 20 pilules. Le malade en prendra 2 ou 3 chaque jour.

II

Dans le *Lehrbuch der constitutionnellen Syphilis*, Erlangen, 1864, p. 298, M. le professeur Zeissl, rendant compte d'un ouvrage du Dr Knorre, publié à Hambourg dans le journal *Deutsche Klinik*, n° 7, 1849, en parle en ces termes: « Dans cet ouvrage sont relatés plusieurs cas de paralysies syphilitiques qui survinrent en même temps que les premiers symptômes de la maladie constitutionnelle ou bientôt après l'accident primitif. Ces paralysies ne firent point leur apparition avec les symptômes qu'on a l'habitude de nommer tertiaires, avec des affections syphilitiques osseuses, par exemple.

« Dans les cas publiés par Knorre, la paralysie tantôt

se localisait dans un seul nerf, et tantôt envahissait toute une extrémité. Constamment, la motilité était plus affectée que la sensibilité. Quelquefois les fonctions intellectuelles et les organes des sens étaient atteints.

1° *cas.* — Un ouvrier en métallurgie, âgé de 20 ans, en plein exanthème papuleux consécutif à un chancre contracté quelques semaines auparavant, se trouva paralysé un matin de la moitié inférieure du corps ; il éprouvait, en outre, des douleurs dans le bas du rachis. Il y avait insensibilité et paralysie des sphincters de l'anus et incontinence des matières fécales. La vessie ne pouvait se vider qu'à l'aide du cathéter. (Decocté de Zittmann ;— ventouses dans le dos.) — Grande amélioration. — Guérison complète de la paralysie et des autres manifestations syphilitiques, au bout de quelques semaines, par l'iodure de mercure. Santé parfaite pendant 3 ans. Il restait dans la jambe gauche un peu de faiblesse, qui fut dissipéeen quelques jours par l'iodure de potassium administré à l'intérieur.

« 2° *cas.* — Un écrivain, âgé de 30 ans, fut attaqué, pendant les premières manifestations de la maladie constitutionnelle, d'une paralysie de la moitié droite de la face : il ne pouvait ni fermer l'œil ni froncer le sourcil du ɔɯɐm côté. Traité par le mercure, il fut guéri au bout de cinq semaines. Deux mois après, il fut atteint de diplopie et de strabisme interne de l'œil gauche. On lui fit prendre de l'iodure de potassium, qui l'améliora en quinze jours, et le guérit en quatre semaines.

« 3° *cas.* — Un homme, âgé de 24 ans, sentit, en même temps que les symptômes constitutionnels faisaient leur apparition, une faiblesse dans le bras droit et dans la moitié droite de la figure. La paralysie du facial droit était complète. Après quelques mois, guérison au moyen de ventouses sur la nuque et de la cure au mercure. »

Griesinger (*Archiv der Heilkunde Jahrgang, 1 Heft*, Leipzig, 1860) donne la description d'un cas de méningite chronique « ex causâ syphilitica », qui survint chez un malade six mois après l'infection. Cette méningite avait produit une hémiplégie du côté gauche. Une grave maladie du poumon fut aussi la conséquence de la syphilis.

III

Mon ami Maximilien Zeissl a bien voulu me traduire aussi les passages d'un travail de Heubner, qui se rattachent directement à la question que je traite.

Dans ce travail (1), Heubner, qui a fait de si belles recherches sur la syphilose des artères, donne une collection de syphiloses des centres nerveux, dans lesquelles les différents auteurs ont noté combien de temps après l'infection ont éclaté les symptômes nerveux :

« La plus grande quantité de ces cas, dit Heubner, sont le résultat de néoplasies syphilitiques; j'y compte aussi ceux qui sont produits par les altérations syphilitiques des artères du cerveau, car ils doivent y être compris, ainsi que je l'ai prouvé dans un autre ouvrage.

« Sur 45 cas de tumeurs prétendues syphilitiques, formées dans les membranes du cerveau ou de la moelle épinière, ou dans les nerfs crâniens, le temps qui s'était écoulé entre l'accident primitif et l'affection nerveuse a été noté quinze fois.

« Cet intervalle dépasse presque toujours un an, et dans le plus grand nombre des cas, plus de trois ans. Deux fois les manifestations nerveuses sont survenues trente ans et

(1) *Syphilis des Gehirnes und des Uberigen Nervensystem's*, in *Ziemssen's specielle Pathologie und Therapie*, tome XI, première partie, p. 257 et 258.

plus après le début de l'infection ; mais justement, dans ces deux cas, on ne fait aucune mention des autres symptômes de la syphilis.

« Sur ces 15 cas, l'affection syphilitique des centres nerveux ne se produisit que deux fois pendant la première année ; on n'y mentionne point d'autre manifestation viscérale dans ces deux cas, ni aucune autre particularité.

« Dans 9 de ces 45 cas, on parle de symptômes cérébraux qui firent leur apparition au bout de plusieurs années.

« Dans 10 cas, l'autopsie fit constater des restes de syphilis invétérée dans différentes autres parties du corps, surtout dans le foie et les os, et aussi des gommes de la peau.

« Dans 24 cas de syphilis des artères du cerveau, en partie avec, en partie sans autres néoplasies, dans l'intérieur du crâne, le temps qui s'écoula entre le début de l'infection et la maladie cérébrale fut une fois de neuf mois, une fois de deux années, 15 fois de trois et d'un plus grand nombre d'années (jusqu'à 20 ans).

« Six fois, on parle d'une syphilis existant depuis longtemps; et, une fois où l'indication du temps manquait, on trouva de vieilles cicatrices dans le foie.

« Dans 20 cas d'inflammation disséminée sur divers points du cerveau (parmi ces derniers cas, il y avait peut-être des cas de ramollissement consécutif à l'affection syphilitique des artères), l'intervalle entre le début de la syphilis et l'affection des centres nerveux a été noté 16 fois. Il a été de moins de un an, dans cinq cas ; de dix-huit mois à peu près dans trois cas; dans les autres cas il était de plusieurs années. »

IV.

Wunderlich (*Sammlung klinischen Vortrage herausgegeben von Richard Volkmann*, n° 93), « Ueber luetische Erkrankungen des Gehirns und Rückenmarks », a publié trois cas de syphilose cérébrale, dont deux ont été précoces.

1er *cas*. — Douze mois après le début de l'infection syphilitique, une jeune fille, âgée de 17 ans, fut prise de maux de tête, de vertiges, d'accès de crampes, puis d'amblyopie. Des frictions mercurielles diminuèrent les crampes; mais il survint une paralysie du nerf facial droit et de l'anesthésie du même côté par paralysie du trijumeau. En outre, faiblesse dans les bras et les jambes, diminution de la sensibilité cutanée, exanthème papuleux. On suspendit l'usage du mercure; amélioration par le traitement à l'iodure de potassium.

2e *cas*. — Les accidents nerveux se manifestèrent deux ans après le début de l'infection syphilitique, qui avait été suivie d'un exanthème. Frictions mercurielles, iodure de potassium à l'intérieur. Amélioration.

3e *cas*. — C'est quatre ans après le chancre que les symptômes cérébraux furent remarqués chez ce malade. Ils consistaient en paroxysmes quotidiens de manies. On lui fit des injections sous-cutanées de sublimé, et on lui badigeonna la tête avec de l'iode. La salivation étant survenue, on cessa les injections mercurielles. L'état du malade fut amélioré par l'iodure de potassium.

V

Parmi les cas nombreux d'affections syphilitiques précoces des centres nerveux que je pourrais encore rapporter,

je dois une place toute spéciale à celui qu'a bien voulu me communiquer mon savant collègue et ami M. le Dr Charles Drysdale, médecin de *Free metropolitain hospital* à Londres.

« Le nommé Patrick Woods, âgé de 26 ans, fut apporté en 1869 à l'hôpital, dans un état complet d'hémiplégie de tout le côté droit du corps. On lui fit prendre du mercure et de l'iodure de potassium. Il resta trois mois dans l'établissement, et en sortit sans grande amélioration. Ce qu'il avait de plus remarquable dans son fait, c'est que sa figure était couverte, ainsi que son abdomen et sa nuque, de taches de roséole syphilitique. Quand il fut en état de pouvoir écrire, le malade apprit à M. Drysdale qu'il avait eu un chancre infectant de la verge dix semaines avant d'entrer à l'hôpital.

Depuis 1869, le malade s'est présenté plusieurs fois à la consultation externe, et il est rentré à l'hôpital en mars et avril 1872. Malgré toutes les médications spécifiques, son état ne s'était pas amélioré autant qu'on aurait pu l'espérer. Il restait encore de la faiblesse dans le bras et la jambe du côté droit ; on essaya de la combattre par le galvanisme. La parole était revenue et le malade s'exprimait assez bien, mais il ne pouvait pas prononcer son nom, ni les lettres B. C. D. E. H. K. Q. U. W. X. Y. Z. Il prononçait suffisamment toutes les autres. »

Dans ce cas si net, l'attaque d'encéphalopathie est survenue dix mois après le chancre et en pleine roséole syphilitique. Il était donc difficile de méconnaître son origine. Le syndrome aphasie et hémiplégie droite existait seul et dégagé de toute autre manifestation cérébrale. La lésion siégeait évidemment dans la troisième frontale. C'était probablement un ramollissement consécutif à l'affection syphilitique de la sylvienne. Sa gravité était considérable puisque la guérison était incomplète au bout de trois ans.

Cette attaque d'encéphalopathie eût-elle été plus grave si, au lieu de se produire au dixième mois de la syphilis, elle n'avait eu lieu que beaucoup plus tard ? Non, assurément.

Toutes les déterminations sur l'encéphale sont loin, du reste, d'être aussi sévères que la plupart de celles que j'ai citées jusqu'ici. En voici un exemple :

M. X..., âgé d'une trentaine d'années, d'une bonne santé habituelle, mais d'un embonpoint énorme, vint me consulter dans les premiers jours d'avril 1873, pour une roséole érythémateuse, et quelques plaques muqueuses, consécutives à des chancres infectants sous-préputiaux qui s'étaient déclarés le 12 janvier 1873, quarante jours juste après la contamination. Cette première poussée d'accidents fut assez bénigne ; elle était guérie en juin, et je fis suspendre le traitement spécifique. En août (septième mois de la syphilis), le malade se sentait très bien et n'éprouvait point de maux de tête, ni aucun trouble cérébral. Cependant, un matin, en voulant se lever, il sentit que tout le côté droit était paralysé, et que le bras et la jambe ne pouvaient plus fonctionner. La veille il avait été fortement mouillé, surtout du côté droit, qui avait été exposé aussi à un grand vent. Aucune altération de l'intelligence.

Le malade resta ainsi pendant un mois sans pouvoir ni bouger ni écrire. Sa convalescence dura un mois. Depuis cette époque il conserva encore longtemps un peu de faiblesse dans le côté droit.

C'est en province que ces accidents lui arrivèrent ; je ne les ai pas constatés. Il me les a racontés et écrits. Quant je le revis en avril 1874, ils avaient à peu près complètement disparus, et il n'existait à ce moment aucune manifestation syphilitique.

Mais en 1876, des pustules d'ecthyma se produisirent

sur les extrémités inférieures, ainsi que des tubercules sur la lèvre supérieure. Un traitement mixte en fit promptement justice. Je n'ai pas revu le malade depuis cette époque.

Etait-ce réellement une encéphalopathie syphilitique dont il avait été atteint quelques mois après l'accident primitif. Je ne vois pas à quelle autre cause on pourrait rapporter l'hémiplégie droite. L'absence de tout prodrome jette cependant quelque obscurité sur le diagnostic. Les facultés intellectuelles ne furent pas atteintes, ce qui est extrêmement rare dans la syphilose cérébrale. Il n'y eut point d'aphasie. Quelle idée doit-on se faire de la lésion cérébrale? Il m'est d'autant plus difficile de répondre à ces questions, que je n'ai pas observé le malade pendant la durée des accidents hémiplégiques. Je donne donc cette observation pour ce qu'elle vaut.

Sur les trois cas de syphilis constitutionnelle, compliquée de symptômes nerveux, relatés par M. Gailleton dans la *Gazette médicale de Lyon*, 16 octobre 1864, il y en a un dans lequel l'apparition de ces accidents fut précoce, puisque le sujet, âgé de 36 ans, n'était syphilitique que depuis six mois. Il n'avait eu qu'une seule poussée de symptômes constitutionnels (roséole, plaques opalines à la gorge), lorsqu'il fut pris de douleurs nocturnes profondes de la tête, de troubles de la vue, de titubation dans la marche qui devint vacillante comme celle d'un homme ivre. Il avait subi un traitement mercuriel de trois mois et un traitement ioduré d'un mois.

VI

Le malade, dont j'ai longuement raconté l'histoire dans la première partie de ce mémoire (obs. VII page 87), ne s'est

jamais relevé de sa syphilose cérébrale. Il offre un exemple frappant du danger que fait courir la détermination de la maladie constitutionnelle sur le névraxe, même aux périodes les plus rapprochées de l'accident primitif. M. X... a tout tenté pour se guérir; néanmoins, les fonctions cérébrales sont tombées peu à peu dans une décadence irrémédiable, et il présente aujourd'hui tous les symptômes d'un ramollissement progressif: demi-idiotie, difficulté de la parole, faiblesse musculaire générale et parésie de la moitié droite du corps, etc., etc. Il n'a pas eu pourtant de nouvelle attaque.

Mais la syphilis, après l'avoir si cruellement traité, ne l'a pas abandonné. En effet, au commencement de l'année 1878 (cinquième année révolue de la maladie) M. X... a été atteint d'une lésion balanique survenue spontanément, en dehors de toute cause traumatique ou infectante, et qui a consisté d'abord en une tumeur située vers le milieu de la couronne, puis en une ulcération qui lui a succédé. Il en était guéri depuis quatre mios, lorsqu'il vint me consulter le 26 mai, pour une lésion à peu près semblable.

Voici ce que je constatai : Dans le sillon balano-préputial, à gauche, eschare noirâtre, humide, de la largeur d'une pièce de 20 centimes, reposant sur une base dure et entourée par une zone également dure et nettement circonscrite. On aurait dit un vrai chancre infectant, arrivé à la période où la partie centrale tombe en déliquium gangréneux. Aucune odeur; peu d'inflammation et de douleur ; suintement d'une sérosité sanieuse sur la muqueuse préputiale, érosion recouverte d'une pseudo-membrane. Aucune violence extérieure pour expliquer cette lésion. Pas de coït ; le malade est depuis longtemps incapable de le pratiquer. Pas d'adénopathie ganglionnaire ; aucune autre manifestation syphilitique.

Il s'agissait là évidemment d'une balanopathie gommeuse tardive.

J'ai complété cette observation par les détails qui précèdent pour montrer que la syphilis ne s'épuise point en envahissant un organe aussi important que le cerveau. Les pathologistes qui ne voient dans son processus qu'une succession régulière d'étapes de la périphérie vers les parties centrales, commettent une profonde erreur. On ne compte plus les faits qui donnent le démenti le plus formel à ces vues théoriques. Je l'ai dit souvent : la syphilis, dès son début, peut se porter sur tous les organes ; mais, parce qu'elle aura envahi des viscères aussi importants que les centres nerveux, il ne faut pas croire qu'elle va se reposer. Si graves que soient ces lésions, elles n'éteignent point son activité ; elles ne sont pas une digue pour son processus. J'ajoute que l'ordre, la succession des autres accidents qui lui sont propres n'en sont ni troublés ni intervertis. Les syphiloses cérébro-spinales précoces, si graves qu'elles soient, ne doivent donc être regardées que comme un des nombreux épisodes de la maladie constitutionnelle. En même temps qu'elles, et après elles, vous verrez des plaques muqueuses, des éruptions superficielles se produire à leur date, tout aussi bien que s'il n'y avait pas eu de détermination viscérale. La topographie des lésions est donc sans influence sur la marche générale du processus de la syphilis.

L'histoire de ce malade, qui est si instructive, à tous les points de vue, nous montre aussi combien l'on se tromperait sur le pronostic, si on le fondait sur les apparences de l'accident primitif. Chez lui, le chancre a été aussi bénin que possible, et pourtant quelles en ont été les suites ! Après cinq années de traitement, après une interminable encéphalopathie, voilà des tumeurs gommeuses qui envahissent les organes génitaux. Où s'arrêtera la syphilis ? Dans

quels tissus, dans quels organes et par quelles lésions s'éteindra son activité diathésique ?

CONCLUSIONS.

Des faits et des recherches contenues dans ce travail, il est permis de déduire les propositions suivantes:

1° A une époque très rapprochée de l'accident primitif, la syphilis peut envahir les centres nerveux ;

2° Les syphiloses cérébro-spinales précoces sont celles qui se développent pendant la période virulente de la maladie, c'est-à-dire pendant les deux ou trois premières années ;

3° Il y a des degrés dans la précocité des syphiloses cérébro-spinales: le premier comprend celles qui surviennent dans les douze premiers mois ; le deuxième, celles qui se développent dans la deuxième et la troisième année de la maladie constitutionnelle. Les statistiques sembleraient prouver que celles du premier degré sont plus communes que celles du second ; mais ces résultats n'ont que peu d'importance ;

4° Parmi les déterminations viscérales précoces de la syphilis, les syphiloses cérébro-spinales sont incomparablement les plus nombreuses ;

5° Elles sont aussi les plus dangereuses. Leur gravité n'est point en raison directe de leur âge diathésique : celles qui surviennent dans les premiers mois de la syphilis sont aussi redoutables que celles qui appartiennent aux phases les plus reculées de la maladie;

6° Toutes les formes, tous les degrés, toutes les combinaisons phénoménales qui constituent la symptomatologie et le processus des déterminations de la syphilis sur le

névraxe, s'observent aussi bien dans les syphiloses cérébro-spinales précoces que dans les syphiloses cérébro-spinales tardives ;

7° Il y a pourtant quelques formules symptomatiques qui semblent prédominer. Les plus fréquentes sont celles qui consistent en une attaque d'hémiplégie comprenant tout un côté du corps ;

8° Parmi les attaques d'hémiplégie, celle qui est constituée par le syndrome aphasie et hémiplégie droite, l'emporte comme nombre sur toutes les autres ;

9° Les formes paralytiques sont beaucoup plus nombreuses que les formes convulsives ou épileptiques, dans les syphiloses cérébrales précoces ;

10° Dans les syphiloses cérébro-spinales, les troubles psychiques et l'incoordination du mouvement ne sont jamais systématisés comme dans la folie, la paralysie générale et l'ataxie locomotrice ;

11° L'absence de systématisation dans les syphiloses cérébro-spinales doit être regardée comme un de leurs principaux caractères. On ne doit faire une restriction que pour le syndrome aphasie et hémiplégie droite ;

12° Les déterminations précoces de la syphilis sur la moelle épinière sont beaucoup moins fréquentes que sur l'encéphale ;

13° Les suffusions hyperplasiques circonscrites ou diffuses, mais plutôt circonscrites de la couche corticale du cerveau et de la pie-mère, l'altération syphilitique des artères sylviennes et les ramollissements ischémiques consécutifs, telles sont les lésions qui paraissent appartenir aux syphiloses cérébro-spinales précoces ;

14° Dans quelques cas de syphilose cérébrale précoce suivis de mort, on n'a trouvé aucune lésion ; mais on ne connaissait pas alors la syphilose artérielle. Il est à présumer que la mort a été la conséquence d'une anémie

brusque qui a éteint tout à coup les foyers d'innervation indispensables à la vie ;

15° On ne peut faire que des conjectures très vagues sur l'étiologie des syphiloses cérébro-spinales précoces. Dans a plupart des cas, l'accident primitif a été très bénin, ainsi que les manifestations consécutives cutanées et muqueuses ;

16° Le processus général de la maladie constitutionnelle n'est pas modifié par l'apparition des accidents syphilitiques précoces des centres nerveux. Les autres manifestations se produisent avant, pendant ou après la détermination sur le névraxe, sans subir de sa part aucun changement dans leurs formes, leurs degrés, leur processus et leur topographie ;

17° La précocité des syphiloses cérébro-spinales ne fournit aucune indication particulière au point de vue du traitement. Quel que soit l'âge de la maladie constitutionnelle, les manifestations sur les centres nerveux réclament la même médication spécifique. Les circonstances propres à la détermination elle-même fournissent les indications secondaires relatives au choix, aux doses et aux combinaisons des deux agents spécifiques.

TABLE DES MATIÈRES

PREMIERE PARTIE

EXPOSITION DES FAITS.

Pages.

OBSERVATION I. — Syphilose diffuse du cerveau survenue au huitième mois de la syphilis 5

Commentaires sur l'observation. 9

OBSERVATION II.—Aphasie syphilitique et hémiplégie droite, quatre mois après le début du chancre infectant. . 14

Commentaires sur l'observation. 18

OBSERVATION III. — Syphilose unilatérale et circonscrite de la base du crâne du côté droit, survenue au quatrième mois de la syphilis. 21

Commentaires sur l'observation. 27

OBSERVATION IV. — Syphilose cérébro-spinale, ramollissement de la moelle épinière au septième mois du chancre infectant 33

Commentaires sur l'observation. 45

Autopsie. 61

Pages.

OBSERVATION V. — Syphilose circonscrite du cerveau, survenue au quatorzième mois de la syphilis . . . 66

Commentaires sur l'observation. 79

OBSERVATION VI. — Syphilose cérébrale circonscrite, aphasie et hémiplégie droite, survenues au dixième mois de la syphilis. . . , ... 75

Commentaires sur l'observation. 84

OBSERVATION VII. — Syphilose diffuse du cerveau. Aphasie et hémiplégie droite au quatrième mois et demi de la syphilis. 87

Commentaires sur l'observation. 99

Note sur une syphilose cérébrale survenue au troisième mois de la syphilis. 118

DEUXIÈME PARTIE

DESCRIPTION GÉNÉRALE DES SYPHILOSES PRÉCOCES DU NÉVRAXE.

Section I. — Recherches statistiques sur la précocité des affections syphilitiques des centres nerveux 128

Section II. — Considérations sur les formes symptomatiques des syphiloses cérébro-spinales précoces. 140

Section III. — Considérations sur l'étiologie, les symptômes, les signes, la pathogénie des syphiloses cérébro-spinales précoces. 153

Bénignité de l'accident primitif dans les syphyloses cérébro-spinales précoces. 155

Symptômes pémonitoires : céphalée nocturne, insomnie, affaiblissement ou perte de la mémoire ; diminution ou perte du pouvoir sexuel. 157

Pages.

Valeur diagnostique et pronostique des paralysies de la sensibilité et de diverses paralysies musculaires. 159
Valeur séméiotique de l'hémiphigne faciale. 160
Crises épileptiformes 162
Syphiloses méningo-encéphalique diffuses 163
Syphilopsychoses et paralysies généralisées. 164
Paralysies localisées 166
Anatomie pathologique. 169
Lésion des artères 170
Lésion du méninge. 172
Variétés de l'hémiplégie syphilitique. 174
Variétés de l'encéphalopathin syphilitique 177
Troubles de la vue. 179
Traitement 181
Appendice 182
Conclusions. 193

Clichy. — Imp. PAUL DUPONT, rue du Bac-d'Asnières, 12. (1017, 6.79.

LANE MEDICAL LIBRARY

To avoid fine, this book should be returned on or before the date last stamped below.

GAYLORD BROS.
MAKERS
SYRACUSE, N.Y.

N33 Mauriac, C. 14925
M452 ..Affections syphili-
1879 tiques Précoces des ce
tres Nerveux.
DATE DUE